



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/30097>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

DE KLANTGERICHTE BUREAUCRATIE

Zorgverzekeraar VGZ, een gevalsstudie

Afbeelding: schilderij, aangeleverd als foto

J.M.Blinkhof

DE KLANTGERICHTE BUREAUCRATIE
Zorgverzekeraar VGZ, een gevalsstudie

J.M.Blinkhof

Wijchen 2007

Blinkhof, Johanna Maria

De klantgerichte bureaucratie. Zorgverzekeraar VGZ, een gevalsstudie

ISBN-10: 90-9021183-7

ISBN-13: 978-90-9021183-1

© 2007, J.M.Blinkhof

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Illustratie omslag:	Emile Curfs
Vormgeving omslag:	Martien Frijns

Dit proefschrift is mogelijk gemaakt met
financiële steun van Zorgverzekeraar VGZ

Zorgverzekeraar



DE KLANTGERICHTE BUREAUCRATIE
Zorgverzekeraar VGZ, een gevalsstudie

Een wetenschappelijke proeve op het gebied van Managementwetenschappen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen,
op gezag van de rector magnificus prof. dr. C.W.P.M. Blom,
volgens besluit van het College van Decanen,
in het openbaar te verdedigen op donderdag 8 februari 2007
om 15.30 uur precies

door

Johanna Maria Blinkhof
geboren op 8 augustus 1961
te Boxtel

Promotor:	Prof. dr. B. Dankbaar
Copromotor:	Dr. E. Chr.Curfs, VGZ-IZA-TRIAS
Manuscriptcommissie:	Prof. dr. J.J. Boonstra, Universiteit van Amsterdam Prof. dr. P.P. Groenewegen, Universiteit Utrecht Prof. dr. J. van Hoof, voorzitter

Voor Chris † en Niels, onze tweeling

Inhoud

Voorwoord	ix
1 INLEIDING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	1
1.1 Introductie	1
1.2 Doel en afbakening van het onderzoek	4
1.3 Opzet van het onderzoek	8
1.4 Een gevalsstudie	11
1.5 Het gebruik van het INK-managementmodel	14
1.6 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	21
1.7 Leeswijzer	23
2 BUREAUCRATIE EN KLANTGERICHTHEID	25
2.1 Organisatie en omgeving	25
2.2 De organisatie in haar omgeving	30
2.2.1 De contingentietheorie	31
2.2.2 Andere benaderingen	34
2.2.3 Effectieve organisatiestructuren	36
2.3 De bureaucratische organisatie	40
2.3.1 Kenmerken van de bureaucratische organisatie	41
2.3.2 Drie configuraties van Mintzberg	44
2.3.3 Kritieken	50
2.3.4 De populaire betekenis van bureaucratie	53
2.4 Alternatieven voor de bureaucratische organisatie	55
2.4.1 De slecht geleide bureaucratie	55
2.4.2 De lerende bureaucratie	56
2.4.3 De interactieve organisatie	60
2.4.4 De post-entrepreneurial organisatie	67
2.4.5 De infocratie	68
2.4.6 Samenvatting	70
2.5 De klantgerichte organisatie	70
2.5.1 Het begrippenkader	72
2.6 De klantgerichte bureaucratie	77
3 ZORGVERZEKERAARS IN EEN TURBULENTE TIJD	83
3.1 De ontwikkeling van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel	83
3.1.1 De ontwikkelingen tot 1986 op hoofdlijnen	83
3.1.2 De periode 1987 tot 2006	94

3.2	De veranderende omgeving	106
3.2.1	Andere spelregels	107
3.2.2	Veranderend krachtenveld	111
3.2.3	De invloed van Europa	124
3.2.4	De omgeving van zorgverzekeraars getypeerd	125
3.3	De omgevingseisen	130
3.3.1	Eisen van de toezichthouders	130
3.3.2	Eisen van de klanten	131
3.4	Een tussenstap: de klantgerichte zorgverzekeraar	141
4	ZORGVERZEKERAAR VGZ	147
4.1	Introductie Zorgverzekeraar VGZ	147
4.2	De organisatieontwikkeling van VGZ	153
4.2.1	Van regionale naar functionele aansturing: 1989 - 1993	154
4.2.2	CONDOR: 1994 - 1995	159
4.2.3	Stabilisatie en een nieuwe koers: 1996 - 1999	167
4.2.4	De ontwikkeling van resultaatgerichtheid: 2000 - 2003	176
4.2.5	Op weg naar de standaardverzekering: 2004 en 2005	182
5	FUNCTIES NADER BEKEKEN	189
5.1	Verzekeren van zorg	192
5.1.1	Organisatieontwikkeling van de verkoopfunctie	192
5.1.2	Het verkoopproces	199
5.1.3	Resultaten van de verkoopfunctie	200
5.2	Inkopen van zorg	202
5.2.1	Organisatieontwikkeling van de zorginkoopfunctie	202
5.2.2	Het zorginkoopproces	210
5.2.3	Resultaten van de zorginkoopfunctie	216
5.3	De administratieve functie	219
5.3.1	Organisatieontwikkeling van de administratieve functie	219
5.3.2	Het administratieve proces	231
5.3.3	Resultaten van de administratieve functie	232
5.4	Klantcontacten	233
5.4.1	De telefonie geprofessionaliseerd	234
5.5	Samenvatting	237
6	ZORGVERZEKERAAR VGZ, EEN ANALYSE	241
6.1	Waardering van de omgeving door VGZ	241
6.2	Beleid en strategie	244
6.3	Resultaten van Zorgverzekeraar VGZ	256
6.4	Score op de dimensies van de bureaucratische organisatie	261
6.5	De ontwikkeling van de klantgerichtheid	269

7	CZ, AGIS EN MENZIS	277
7.1	CZ Actief in gezondheid	277
7.1.1	De organisatieontwikkeling van CZ Actief in gezondheid	280
7.1.2	De resultaten van CZ Actief in gezondheid	286
7.2	Agis Zorgverzekeringen	291
7.2.1	De organisatieontwikkeling van Agis	293
7.2.2	De resultaten van Agis	302
7.3	Menzis Zorg en Inkomen	307
7.3.1	De organisatieontwikkeling van Menzis Zorg en Inkomen	309
7.3.2	De resultaten van Menzis Zorg en inkomen	311
7.4	Conclusies	312
8	DE KLANTGERICHTE ZORGVERZEKERAAR	313
8.1	De contingentietheorie toegepast op zorgverzekeraars	313
8.2	De reacties van zorgverzekeraars samengevat	320
8.3	De klantgerichte bureaucratie in de praktijk bij zorgverzekeraars	334
8.3.1	Aanbevelingen	336
8.4	Vooruitblik: de zorgverzekeraar als maatschappelijk ondernemer	344
	BIJLAGEN	
1	Ziekenfondsen in 1984 en Zorgverzekeraars in 2005/2006	349
2	Onderzoeksprotocol	353
3	Chronologische gebeurtenissen 1986 tot 2006	361
4	Budgettering van de zorgkosten van ziekenfondsen in de periode 1987 tot 2006	367
5	De belangrijkste aspecten van toezicht	371
6	Dataverzameling bestudeerde stukken onderzoeksperiode 1987 tot 2006	375
7	Lijst van geïnterviewden Zorgverzekeraar VGZ en andere zorgverzekeraars	379
8	De Beleids- en Uitvoeringscyclus VGZ in 1999	381
9	Topblad van een kwartaalrapportage van VGZ	383
10	Bedrijfsmodel processen van VGZ	385
11	Kerngegevens van Zorgverzekeraar VGZ	391
12	Kerngegevens van CZ Actief in gezondheid	393
13	Kerngegevens van Agis	395
	Lijst van afkortingen	397
	Lijst van figuren en tabellen	405
	Literatuurlijst	409
	Samenvatting	415
	Summary	421
	Curriculum vitae	427

Voorwoord

De boeiende en complexe werkelijkheid van een organisatie in haar omgeving over een periode van bijna twintig jaren vangen in enkele woorden, in conclusies en aanbevelingen: het idee dat dat kan lukken is bepaald hoogmoedig. Er zijn zoveel verschillende perspectieven en waarheden over één en hetzelfde. Ik ben trots en dankbaar dat ik het mocht proberen. Promoveren is een proces en deze studie is het eindproduct. Niet alleen de bestemming is waardevol, maar vooral de weg daarheen.

In 1998 zei ik ongeïnformeerd 'ja' op de vraag of ik geïnteresseerd was in het uitvoeren van dit onderzoek bij Zorgverzekeraar VGZ. Als HBO'er promoveren was de uitdaging die op het juiste moment in mijn leven kwam. Een universitaire studie was een al lang gekoesterde wens, maar het kwam er gewoon niet meer van. Nu heb ik toch iets mogen proeven van de zoektocht die wetenschapsbeoefening is. Het smaakt beslist naar meer.

Promoveren is voor mij in de afgelopen acht jaren veel geweest: een onzekere bezigheid van één dag in de week naast vier dagen in de week hard werken bij VGZ, een oefening in logisch denken en schrijven, een houvast tijdens twee moeilijke reïntegratieperioden en ook steeds meer mijn eigen ding vanaf het moment dat ik er meer tijd aan kon besteden. Met steeds meer enthousiasme en leergierigheid heb ik hieraan gewerkt. Het afronden van dit proces was confronterend en moeilijk en uiteindelijk een overwinning op en van mijzelf.

Gedurende acht jaren hebben zoveel mensen mij geholpen en gesteund. Ik bedank als eerste Emile Curfs, die mij deze kans heeft geboden, die in mij geloofde en die het soms moeilijk heeft gehad tijdens dit proces. Hij was altijd inspirerend, hinderlijk alwetend waar het VGZ betrof en de (copro)motor achter dit proefschrift. Hij veranderde mijn leven definitief en in positieve zin. Dank je wel Emile. Ben Dankbaar heeft als promotor de taak op zich genomen om mij al die jaren te begeleiden. Zonder hem was dit boek er niet gekomen. Dank je Ben.

Boudewijn Dessing heeft mij de gelegenheid geboden in 'zijn' organisatie onderzoek te verrichten. Ik bedank hem en ook de collega's van mijn afdeling. Zij hebben me de gelegenheid geboden om tijdens mijn werk aan dit proefschrift te werken. Frank, Sandra, Nico, Wendy, Otto en Ruby, dank jullie wel. Jan Beusen heeft mij als bedrijfsarts twee keer weer op de rit gezet. Alle mensen die ik heb geïnterviewd, alle mensen die mij hebben geholpen met inhoudelijke vragen over het werk en de context van een zorgverzekeraar, iedereen die teksten heeft gecorrigeerd, dank jullie wel. Ook de mensen buiten VGZ, de geïnterviewden bij Agis, CZ Actief in gezondheid, Zorgverzekeraars Nederland en Stichting Historie Ziekenfondswezen, bedankt.

Mijn ouders, Wim en zijn gezin, Angelique en Jacqueline, mijn vriendinnen die me altijd bijstaan, blijf bij me. Mijn man, dank je voor je liefde. En Niels, mijn zoon, mijn zonnetje in huis, dank je wel voor de afleiding en de ontspanning die je me gaf en geeft, dank je voor je onvoorwaardelijke en eindeloze liefde.

Annemarieke Blinkhof, Wijchen 2007.

1 Inleiding en opzet van het onderzoek

De Nederlandse gezondheidszorg is een belangrijke sector. Belangrijk in maatschappelijk opzicht omdat ruim zestien miljoen Nederlanders afhankelijk zijn van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Voor veel Nederlanders staat gezondheid op nummer één als het gaat om de prioriteiten in het leven. Belangrijk ook in economisch opzicht omdat er jaarlijks circa 60 miljard euro wordt omgezet en de sector werkgelegenheid biedt aan ruim 1.000.000 mensen in een veelheid van organisaties. Eén op de 8 werkenden heeft een baan in de zorgsector¹. Het is daarbij ook een zeer complexe sector die voortdurend in beweging is. Perioden van hevige turbulentie worden afgewisseld met jaren van relatieve rust. Ook in rustige perioden is de gezondheidszorg echter vaak in het nieuws.

De rol van zorgverzekeraars in de Nederlandse gezondheidszorg is vanaf 1987 sterk gewijzigd: reden om de organisatieontwikkeling van een zorgverzekeraar onderwerp te maken van een onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek betreft het aanpassingsvermogen van zorgverzekeraars aan veranderende omgevingseisen en de effectiviteit van deze organisatieontwikkeling in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid.

1.1. Introductie

Op 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet ingevoerd en is het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerde en particulier verzekerde definitief opgeheven. Dit kan gerust een historisch moment genoemd worden. Het unieke duale stelsel dat decennialang heeft gefunctioneerd, wordt immers vervangen door een verplichte basisverzekering voor iedere Nederlander. Diverse eerdere pogingen om dit te bereiken mislukten.

De stelselwijziging heeft een grote impact op de zorgverzekeraars. Men zou dan ook verwachten dat zij zich verzetten. De ziekenfondsen en de publiekrechtelijke regelingen houden formeel op te bestaan en de vereenvoudiging van de administratieve processen, bijvoorbeeld door het verdwijnen van de ziekenfondsgrens, maakt dat banen verloren gaan.² Toch is er geen verzet, integendeel. De zorgverzekeraars zien vooral kansen om een nieuwe rol te gaan spelen in de Nederlandse gezondheidszorg: de rol van zorginkoper namens hun verzekerden. De tijd is blijkbaar rijp om het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeraar op te heffen, omdat in de praktijk deze verzekeringsvormen de laatste twee decennia al ver naar elkaar toegegroeid zijn.

Hoe anders is deze situatie vergeleken met dezelfde situatie begin jaren negentig van de vorige eeuw, als staatssecretaris Simons probeert om een standaardverzekering te realiseren. De basis van het plan Simons, het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de

¹ De gezondheids- en welzijnszorg kostten in 2004 bijna 60 miljard euro. Dat is 4,3% meer dan in 2003 (www.cbs.nl Persbericht PB05-064, 27 mei 2005). Het aantal werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg is op 31 december 2004 (voorlopig) 1.092.200. Hiervan is 82,4% (900.200 werknemers) vrouwelijk, (CBS, 2006-01-04).

² Dit blijkt onder andere uit: 'Fusie van verzekeraars kost ruim 2.500 banen'. De fusie van de verzekeringsbedrijven Interpolis en Achmea kost de komende drie jaar 2.500 tot 3.000 banen, bijna een zesde van het totaal van 19.000 arbeidsplaatsen (NRC 23 februari 2006). 'Zuur voor zorgverzekeraar Agis: klantverlies leidt tot 100 ontslagen' Agis, van huis uit een sociale zorgverzekeraar die voortkomt uit de ziekenfondsen, moet door het klantenverlies ongeveer honderd personeelsleden ontslaan, bovenop de 250 werknemers die eerder al de wacht kregen aangezegd (Telegraaf 10-03-2006). Interne notities van zorgverzekeraar VGZ-IZA geven in 2006 aan dat ook hier de formatie zal worden ingekrompen.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, de Commissie Dekker, betekent in 1987 'een ware revolutie' (Elsinga en Van Kemenade, 1997, p.184). Dit komt omdat het rapport niets minder voorstelt dan het sturingsmechanisme in de zorg te wijzigen. Het dominante planningsdenken van de jaren '70 en '80 wordt in het rapport van de commissie Dekker vervangen door het principe van gereguleerde marktwerking (Boot en Knapen, 2005). Knelpunten in de zorg moeten onder andere worden opgelost door een herziening van het verzekeringsstelsel.

De ziekenfondsen voelen zich bedreigd door de aangekondigde concurrentie. Het zijn op dat moment relatief kleine organisaties met een monopoliepositie in een wettelijk vastgesteld werkgebied. Ziekenfondsverzekerden zijn verplicht verzekerd bij het ziekenfonds in hun woonplaats. De ziekenfondsen kennen nauwelijks financiële verantwoordelijkheid. De machtige Ziekenfondsraad controleert bij wijze van spreken elke factuur. 'Administratiekantoor' en 'betaalkantoor' zijn veel gebezigde en weinig complimenteuzen benamingen voor de ziekenfondsen in deze tijd.

We weten wat er is gebeurd. Staatssecretaris Simons vertilt zich in 1993-1994 aan de ombuigingsoperatie van overheidsregulering naar deregulering. Hij realiseert echter, zeker achteraf gezien, een belangrijke doorbraak. Doordat de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen worden opgeheven verdwijnt hun monopoliepositie. Sinds 1992 kunnen ziekenfondsverzekerden hun eigen ziekenfonds kiezen. Dit zet een keten van gebeurtenissen in werking, die in hoofdstuk 3 wordt beschreven. Minister Borst (van 1994 tot 2002) zet de plannen om te komen tot een basisverzekering vervolgens tijdelijk in de ijskast. De blauwdrukaanpak van Dekker en Simons wordt vervangen door een aanpak van kleine stapjes (de no-regret aanpak). Al die kleine stapjes samen maken echter dat de oorspronkelijke plannen in 2005 toch voor een belangrijk deel zijn gerealiseerd. De invoering van gereguleerde marktwerking sorteert effect, in de verzekeraarsmarkt en in mindere mate in de zorgaanbiedersmarkt (zie hoofdstuk 3). Niet op de wijze en in het tempo zoals beoogd en zeker niet met alle gewenste resultaten, maar sinds 'Dekker' is de geest definitief uit de fles (Bulterman, 1997).

Zo kan het gebeuren dat in 2004/2005, onder leiding van minister Hoogervorst de stap naar een nieuw verzekeringsstelsel dan toch wordt gezet. Wat is er tussen 1987 en 2006 gebeurd met de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars? Welk transformatieproces heeft zich voltrokken bij deze organisaties en hoe heeft dit uitgedaakt voor de verzekerden? Dat zijn de onderwerpen van dit onderzoek.

Aanleiding voor dit onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek is een reorganisatieproces bij Zorgverzekeraar VGZ, uitgevoerd in de jaren 1994-1995. Zorgverzekeraar VGZ is in 1989 ontstaan uit een fusie van zes ziekenfondsen met de particuliere bovenbouworganisatie VGZ, als een rechtstreeks gevolg van de plannen van Dekker. In de jaren 1994-1995 is het CONDOR-programma³ uitgevoerd waardoor deze organisaties volledig zijn geïntegreerd. Een resultaat hiervan is dat de administraties van de zes oorspronkelijke ziekenfondsen zijn geconcentreerd op twee locaties: de verzekerdenadministratie in Tilburg en de zorgadministratie in Eindhoven. Dit CONDOR-programma was zo ingrijpend voor de medewerkers en voor het functioneren van VGZ, dat alleen dat al een interessant onderzoeksobject zou zijn in termen van verandermanagement en resultaten. In de periode dat dit promotieonderzoek is uitgevoerd, van 1998 tot 2006, is het bereik van het onderzoek echter verbreed.

³ CONDOR staat voor Concentratie, Deconcentratie en Organisatie Revitalisering.

Het aanpassingsvermogen van de ziekenfondsen

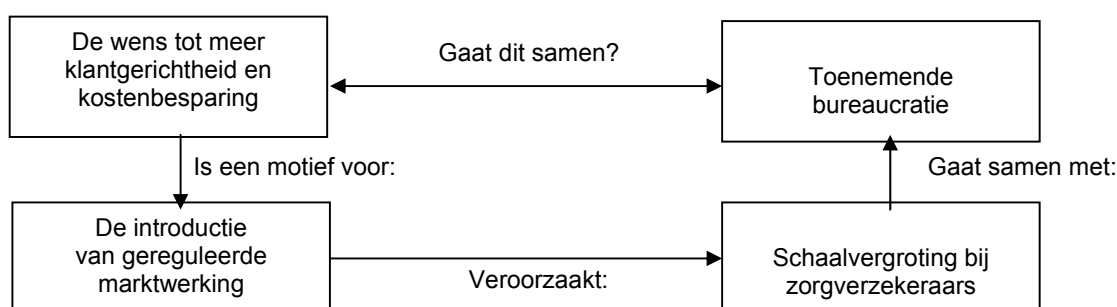
De ziekenfondsen van 1987 kennen nauwelijks tot geen concurrentie en nauwelijks financiële verantwoordelijkheid⁴. Het zijn in het perspectief van 2005 relatief kleine organisaties met een paar honderdduizend verzekerden en maximaal een paar honderd medewerkers. Het zijn pure uitvoeringsorganen van wet- en regelgeving: de eigenlijke macht ligt bij de Ziekenfondsraad.

In de periode van 1987 tot 2006, de uiteindelijk gekozen onderzoeksperiode, is de omgeving van deze ziekenfondsen ingrijpend veranderd. Vanuit de literatuur is bekend dat mechanische (bureaucratische) organisaties zoals ziekenfondsen slecht gedijen in een dynamische omgeving. Het innovatieve vermogen van dit soort organisaties is te gering. Toch hebben de ziekenfondsen zich sterk ontwikkeld. Van de zes grote zorgverzekeraars in 2005, Achmea, VGZ-IZA, CZ, Menzis, Agis en Delta Lloyd, zijn vier organisaties juridisch gezien de rechtstreekse opvolgers van ziekenfondsen, al dan niet met hun particuliere bovenbouw. Wat hebben zij concreet gedaan om zich aan te passen aan de veranderende omgevingseisen en waarom zijn zij hierin relatief succesvol?

Het verenigen van bureaucratie en klantgerichtheid

Ziekenfondsen moeten voldoen aan uitgebreide wet- en regelgeving en zijn om die reden bureaucratisch. In hoofdstuk 2 wordt dit begrip 'bureaucratisch' voor toepassing in dit onderzoek gedefinieerd als een hoge score op de volgende vijf dimensies van een organisatie: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie (naar Zuurmond, 1994). In deze wetenschappelijke betekenis is 'bureaucratie' een vrij neutraal begrip. In de meer gebruikelijke, populaire betekenis van het woord, betekent bureaucratisch echter over het algemeen niet veel goeds. Deze populaire betekenis richt de aandacht op de resultaten van de organisatie in de ogen van de klanten of het publiek in het algemeen.

In wetenschappelijk opzicht ontstaat vanaf 1992 met het loslaten van de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen een interessante situatie, die in de volgende gedachtegang kan worden gevat, zie figuur 1.1.



Figuur 1.1: Gedachtegang over de relatie tussen bureaucratie en klantgerichtheid

De politieke wens om een aantal knelpunten in de gezondheidszorg op te lossen: te komen tot kostenbesparingen en meer keuze voor de klant (de klant centraal), leidt tot de introductie van gereguleerde marktwerking in deze sector. De concurrentie die dit met zich meebrengt vereist een zekere mate van klantgerichtheid omdat verzekerden nu jaarlijks naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen (stemmen met de voeten). De ziekenfondsen reageren vrijwel unaniem op deze veranderende omgeving met schaalvergroting. Slechts vijf zieken-

⁴ De ziekenfondsbudgettering voor de beheerskosten is ingevoerd in 1984. Sinds 1991 zijn de ziekenfondsen ook in toenemende mate financieel verantwoordelijk voor het verstrekkingenbudget. Zie hoofdstuk 3.

fondsen⁵ kiezen bewust voor het handhaven van hun traditionele werkgebied en voor kleinschaligheid. Schaalvergroting brengt volgens Mintzberg (1997, p.130-132) automatisch met zich mee dat een organisatie op de vijf genoemde dimensies hoger scoort. 'Een grotere organisatie leidt tot een uitgebreidere organisatiestructuur: meer gespecialiseerdere taken, gedifferentieerdere organisatie-eenheden en een meer ontwikkelde bestuurlijke component. In grotere organisaties is het gedrag ook sterker geformaliseerd'. Ofwel: de schaalvergroting die deze organisaties hebben toegepast versterkt het bureaucratische gehalte van de organisatie. Tegelijkertijd moeten deze organisaties ook meer klantgericht gaan werken vanwege de toegenomen concurrentie.

Gevoelsmatig gaan bureaucratie en klantgerichtheid niet goed samen. In een grotere organisatie wordt een klant immers al snel een nummer of zelfs anoniem. Hij wordt bovendien, conform wet- en regelgeving, formeel behandeld. Bureaucratie heeft in de populaire betekenis vooral een negatieve gevoelswaarde (formeel, traag, star) terwijl klantgerichtheid een positieve gevoelswaarde heeft (maatwerk, snel, vriendelijk). Deze gedachtegang leidde tot een prikkelende titel voor dit onderzoek naar de organisatieontwikkeling bij zorgverzekeraars en naar de effectiviteit hiervan in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid: de 'klantgerichte bureaucratie'.

1.2. Doel en afbakening van het onderzoek

De probleemstelling van dit onderzoek betreft dus het aanpassingsvermogen van ziekenfondsen aan veranderende omgevingseisen. De zorgverzekeraars van 2005 bevatten vrijwel allemaal één of meerdere ziekenfondsen en één of meerdere particuliere ziektekostenverzekeraars. Dit onderzoek legt de nadruk op het aanpassingsvermogen van de ziekenfondsen, omdat voor deze organisaties de verandering het grootst is geweest, zoals hoofdstuk 3 beschrijft. De termen 'ziekenfonds', particuliere ziektekostenverzekeraar en zorgverzekeraar worden zo zorgvuldig mogelijk gebruikt⁶.

Het vormgeven van de wisselwerking tussen organisaties en omgeving wordt gezien als een van de belangrijkste functies van het topmanagement, om het voortbestaan van organisaties te waarborgen (Boonstra, 1992). Hoe kan een zorgverzekeraar tegelijkertijd voldoen aan wet- en regelgeving en aan de veranderende omgevingseisen als markt- en klantgerichtheid? Zoals gezegd bood Zorgverzekeraar VGZ de mogelijkheid om onderzoek te doen naar deze problematiek. Deze organisatie was hiervoor uitermate geschikt omdat het management begin jaren negentig van de vorige eeuw schaalvergroting toepaste én streefde naar een verbetering van de klantgerichtheid van de organisatie.

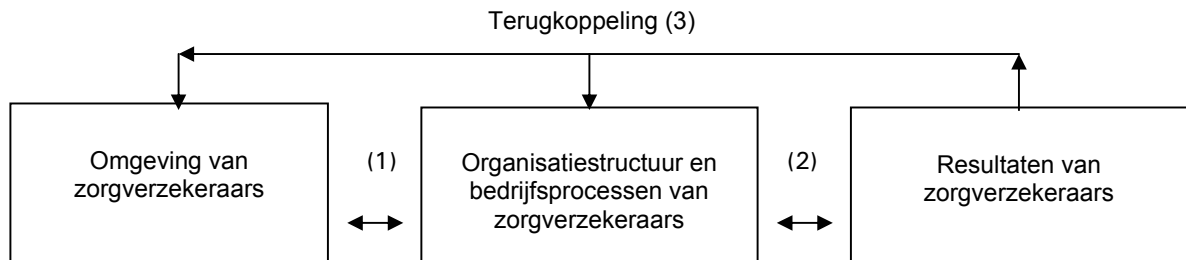
Doel en afbakening van het onderzoek

Als onderzoeksdoel werd in eerste aanzet geformuleerd: 'Inzicht verkrijgen in de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ in de periode van 1987 tot heden (ongedefinieerd einde) en in de effectiviteit van deze organisatieontwikkeling in termen van klantgerichtheid'. Om dit doel te realiseren is de onderzoeksvraag uitgedrukt in enkele relaties die van belang zijn: schematisch weergegeven in figuur 1.2. Relatie 1 betreft de invloed van de omgeving van zorgverzekeraars op de organisatiestructuur en de bedrijfsprocessen van een zorgverzekeraar (1). Relatie 2 betreft het effect van deze organisatiestructuur en bedrijfs-

⁵ Op dat moment, begin jaren negentig van de vorige eeuw, zijn dat: Zorg en Zekerheid (Leiden), Salland (Deventer), Trias (Gorinchem), DSW (Schiedam) en Azivo (Den Haag).

⁶ De term 'zorgverzekeraar' wordt vanaf begin jaren '90 gebruikt voor een organisatie die zowel een ziekenfonds als een particuliere ziektekostenverzekeraar herbergt. Vanaf 2006 wordt alleen nog gesproken over zorgverzekeraars.

processen op de resultaten van de zorgverzekeraar (2). De terugkoppelingspijlen (3) geven aan dat de gerealiseerde resultaten van zorgverzekeraars ook aanleiding kunnen zijn voor het aanpassen van de organisatiestructuur en de bedrijfsprocessen of voor het beïnvloeden van de omgeving.



Figuur 1.2: Te onderzoeken relaties in dit onderzoek

Vervolgens is het onderzoek afgebakend met behulp van de vijf componenten van een sociale situatie: handelende actoren, handelingen, plaats van handeling, de periode of tijd en objecten (Hutjes en Van Buuren, 1996, p.39-41). De vraagstelling betreft het aanpassingsvermogen van een zorgverzekeraar aan veranderende omgevingseisen. De eerste afbakening betreft dan ook de omgevingseisen: eisen van wie, welke actoren worden in dit onderzoek betrokken? De tweede afbakening betreft: eisen aan wat, welke handelingen worden in het onderzoek betrokken? De laatste afbakening betreft de periode die in oogen-schouw is genomen. Het onderzoeksobject is Zorgverzekeraar VGZ.

Afbakening van de actoren in de omgeving van een zorgverzekeraar.

De omgeving van zorgverzekeraars bestaat uit een scala van actoren. Omdat dit onderzoek zich richt op de bureaucratie en de klantgerichtheid van een zorgverzekeraar, is deze omgeving afgebakend tot de volgende relevante actoren: overheid, toezichthouders, verzekerden en zorgaanbieders.

De eisen die de rijksoverheid stelt aan het functioneren van zorgverzekeraars liggen uiteindelijk vast in wet- en regelgeving. Deze eisen moeten minimaal meegenomen worden in dit onderzoek, omdat het voldoen aan wet- en regelgeving een basisvoorwaarde voor zorgverzekeraars is om überhaupt als zodanig te mogen functioneren (licence to operate). De mate waarin zorgverzekeraars voldoen aan wettelijke eisen wordt getoetst door diverse toezichthoudende instanties. Deze toezichthouders concretiseren de wettelijke eisen en stellen bovendien eisen aan de manier waarop zorgverzekeraars zich extern verantwoorden. Een negatief oordeel van een toezichthouder kan niet zomaar genegeerd worden. Daarom worden ook de eisen van toezichthouders in dit onderzoek meegenomen.

Zorgverzekeraars bevinden zich in de unieke situatie dat zij op twee verschillende markten functioneren: de verzekeraarsmarkt en de zorginkoopmarkt, zie figuur 3.1. Zij hebben één klant, de verzekerde die betaalt voor de producten en de dienstverlening van de zorgverzekeraar, maar deze klant manifesteert zich in twee hoedanigheden. Op de verzekeraarsmarkt is deze klant een calculerende burger die de beste (particuliere en aanvullende) zorgverzekering kiest voor de laagste prijs. Op de zorginkoopmarkt is deze zelfde klant een patiënt die zorg nodig heeft. Deze patiënt is zich niet of nauwelijks bewust van de activiteiten van een zorgverzekeraar op het gebied van zorginkoop. Om vast te kunnen stellen wat 'klantgerichtheid' nu feitelijk behelst, worden de eisen en wensen van de betalende en de zorgconsumerende verzekerde geïnventariseerd. Aangezien veel verzekerden via een werkgever verzekerd zijn voor ziektekosten en in dat geval de werkgever besluit met welke

zorgverzekeraar een contract wordt afgesloten, is ook deze werkgever, 'collectiviteit' genoemd, een klant⁷.

De zorgaanbieder is geen klant van een zorgverzekeraar, maar een leverancier van zorg. Daarom worden de eisen en wensen van de zorgaanbieder niet meegenomen in dit onderzoek. Omdat de relatie zorgaanbieder – zorgverzekeraar natuurlijk wel relevant is, blijft deze niet onbelicht.

Afbakening van handelingen en plaats van handeling: kernfuncties van een zorgverzekeraar.

Overheid, toezichthouders, klanten en zorgaanbieders stellen eisen aan het functioneren van zorgverzekeraars. Zij doen dit in het bijzonder ten aanzien van de kernfuncties van deze organisaties. Dit leidt tot een tweede afbakening van het onderzoek. Klanten (individuele verzekerden en collectiviteiten) hebben op verschillende momenten contact met hun (potentiële) zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar heeft zelfs een grote contactfrequentie in vergelijking met bijvoorbeeld een autoverzekeraar (Leers, in Bulterman, 1997, p.78). De klantgerichtheid van een zorgverzekeraar komt juist op deze contactmomenten tot uiting:

- de keuze van een verzekeraar en de keuze van een verzekering (de verkoopfunctie);
- het doorgeven van mutaties en het indienen van rekeningen (de administratiefunctie);
- het consumeren van zorg, meer specifiek het verkrijgen van een machtiging, indicatie of toegang tot de zorg (de zorginkoopfunctie en wachtlijstbemiddeling);
- het vragen van informatie, aan een balie, via Internet, telefonisch of schriftelijk (de informatiefunctie);
- het indienen van een klacht.

Zorgverzekeraars onderscheiden zich van andere organisaties door hun primaire proces. In dit onderzoek wordt de tweede afbakening dan ook gelegd bij de kernfuncties van een zorgverzekeraar: het geven van informatie, het verkopen van verzekeringen, het inkopen van zorg en de administratieve functie. De klantgerichtheid van een zorgverzekeraar krijgt vorm binnen deze kernfuncties. Met deze kernfuncties is de externe klantgerichtheid gedekt en is het wezen van een zorgverzekeraar geraakt. Bovendien kan worden aangevoerd dat met de genoemde kernfuncties het grootste deel van het werk van een zorgverzekeraar gedekt is. Het merendeel van de medewerkers van een zorgverzekeraar is werkzaam voor één van deze kernfuncties.

De ondersteunende afdelingen die bij een (grote) zorgverzekeraar natuurlijk ook voorkomen, zijn niet uniek voor zorgverzekeraars. Alle organisaties van enige omvang hebben deze taken in meer of minder gespecialiseerde afdelingen ondergebracht. Denk aan een personeelsafdeling, een informatica-afdeling, financiële zaken, facilitaire zaken, juridische zaken, communicatie, een accountantsdienst, een planning en controleafdeling, enzovoort. Met klantgerichtheid wordt in dit onderzoek dan ook specifiek bedoeld de *externe* klantgerichtheid. De ondersteunende taken komen in dit onderzoek slechts aan de orde voor zover relevant voor de beschrijving of verklaring van de genoemde kernfuncties.

Afbakening van de tijd: focus op de periode 1987 tot 2006

Tot slot de afbakening van de periode die wordt beschouwd. Het in 1987 verschenen rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 'Bereidheid tot Verandering' kan worden gezien als het beginpunt van een relevante ontwikkelingsperiode voor de ziekenfondsen. Zorgverzekeraar VGZ ontstaat in 1989 als reactie op dit rapport. Het einde van de onderzoeksperiode groeide aanvankelijk gewoon mee met de tijd die verstreek om het onderzoek uit te voeren. In 2003 fuseert Zorgverzekeraar VGZ met de publiekrechtelijke zorgverzekeraar IZA (Instituut Ziektekostenverzekering Ambtenaren) en aanvankelijk is dat jaar als einddatum gekozen. Het onderzoek beslaat zo een periode van fusie tot fusie van het onderzoeksobject, Zorgverzekeraar VGZ.

⁷ In 2006 worden ook 'horizontale' collectiviteiten actief. Zie hoofdstuk 3.

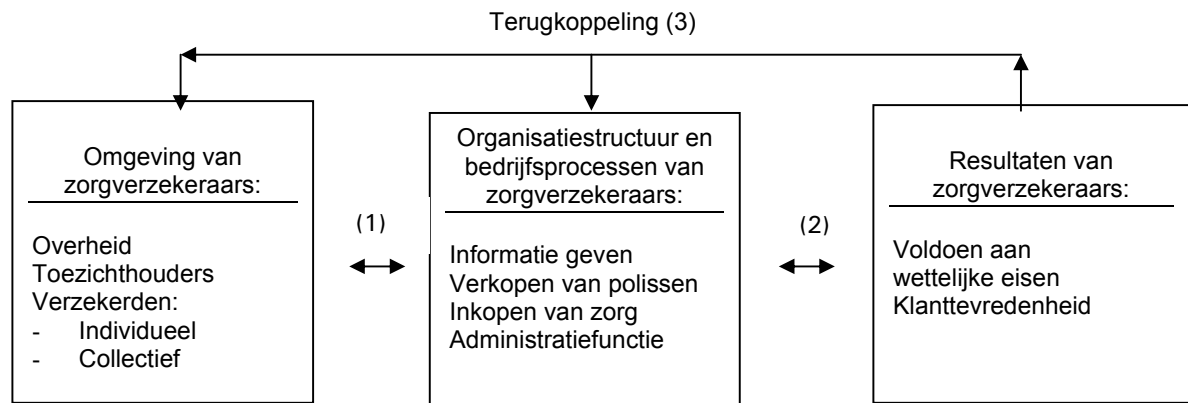
Als duidelijk wordt dat de basisverzekering dan toch op 1 januari 2006 zal worden ingevoerd, is de historische betekenis hiervan te groot om de laatste twee jaren van het formele bestaan van het ziekenfonds niet mee te nemen in het onderzoek. In 2004 en 2005 zijn volop interessante ontwikkelingen zichtbaar in de aanloop naar de nieuwe zorgverzekering. Maar een onderzoek moet eens afgesloten worden: de daadwerkelijke overgang naar de nieuwe zorgverzekering wordt daarom na 1 januari 2006 *niet* meer meegenomen in dit onderzoek, hoe interessant ook. De periode die in dit onderzoek in ogenschouw wordt genomen loopt dus van 1987 tot 2006.

De stap van 2003 naar 2005 heeft twee consequenties: de VGZ-geïnterviewden zijn geïnterviewd over de organisatieontwikkelingen tot 2003: de laatste twee jaren van de gevalsstudie zijn gecompleteerd op basis van schriftelijk materiaal. Ook is afgezien van het beschrijven van de IZA-situatie en van de aanhechting tussen IZA en VGZ. Alleen de organisatieonderdelen die zijn onderzocht over de periode 1987 - 2003 worden ook over 2004 en 2005 beschreven.

Het doel van het onderzoek is nu concreter geformuleerd en Zorgverzekeraar VGZ is het onderwerp van een gevalsstudie. Hiervan kan nog beoordeeld worden of VGZ als 'geval' illustratief is voor de ontwikkeling van de branche of juist niet. De onderzoeksvraag luidt nu:

'Hoe gaat Zorgverzekeraar VGZ in de periode van 1987 tot 2006 om met de veranderende omgevingseisen van de overheid, toezichthoudende instanties en klanten, ten aanzien van de kernfuncties: informatie geven, het verkopen van polissen, het inkopen van zorg en de administratieve functie? Is zij hierin effectief geweest in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid?'

Zie voor de schematische weergave figuur 1.3. Afgeleide vragen zijn enerzijds toegesneden op de branche, omdat deze vragen niet uniek zijn voor VGZ en anderzijds toegesneden op het onderwerp van de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ.



Figuur 1.3: De te onderzoeken relaties, afgebakend voor dit onderzoek

Specifieke vragen voor de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ zijn:

- Hoe verloopt de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006?*
- Hoe verloopt specifiek de organisatieontwikkeling van de kernfuncties: informatie geven, verkopen van polissen, inkopen van zorg en de administratieve functie in deze periode?*
- Is Zorgverzekeraar VGZ in de onderzoeksperiode meer of minder bureaucratisch geworden, in de wetenschappelijke betekenis van het woord?*

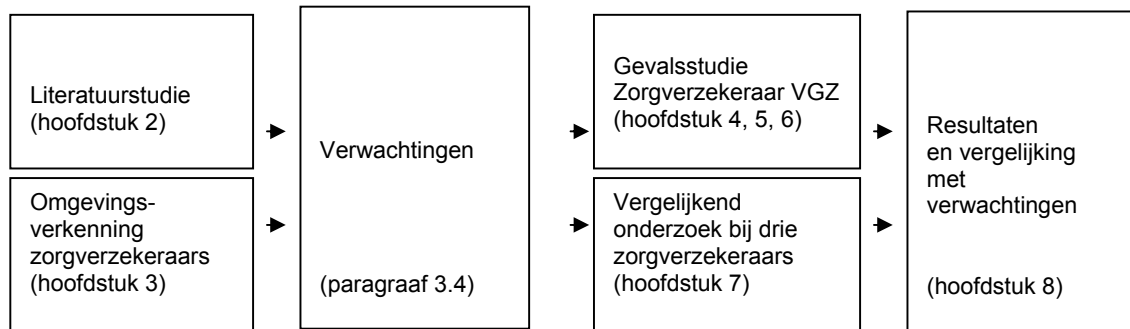
- d) *Hoe heeft de klantgerichtheid zich ontwikkeld bij Zorgverzekeraar VGZ?*
- e) *Welke resultaten realiseert Zorgverzekeraar VGZ met deze organisatieontwikkeling en specifiek: welke resultaten realiseert Zorgverzekeraar VGZ in termen van klanttevredenheid?*

En tot slot:

- f) *Hoe hebben zorgverzekeraars in de periode 1987 tot 2006 over het algemeen gereageerd op de veranderde omgevingseisen? Is deze reactie adequaat geweest?*
- g) *Is Zorgverzekeraar VGZ illustratief voor de zorgverzekeraarbranche of juist niet?*

1.3. Opzet van het onderzoek

De onderzoeksvragen zijn uitgezet in een onderzoeksopzet, zie figuur 1.4.



Figuur 1.4: Opzet van het onderzoek

Het is echter niet zo dat via deze opzet keurig achtereenvolgens de bovenstaande onderzoeksvragen zijn beantwoord. Integendeel, het volledige onderzoek is een ontdekkingsreis geweest met vele en soms doodlopende zijpaden. Er is afwisselend literatuur geraadpleegd, gezocht in publicaties over de geschiedenis van ziekenfondsen, gewerkt bij Zorgverzekeraar VGZ en geïnterviewd bij VGZ en andere zorgverzekeraars. De onderzoeksopzet wordt kort toegelicht.

Literatuurstudie

Er is een literatuurstudie uitgevoerd naar theorie over de relatie tussen een organisatie en zijn omgeving. Vragen die hierbij leidend zijn geweest zijn:

- h) *Wat is een organisatie? Wat is de relevante omgeving van een organisatie? Hoe kan deze omgeving geanalyseerd worden?*
- i) *Welke theorie is beschikbaar over de wijze waarop organisaties kunnen reageren op hun omgeving en op veranderingen in die omgeving?*

Ook zijn de begrippen 'bureaucratie' en 'klantgerichtheid' uitgewerkt en geoperationaliseerd. Vragen die hierbij leidend zijn geweest zijn:

- j) Wat zijn kenmerken van een bureaucratische organisatie? Hoe wordt gedacht over bureaucratische organisaties? Welke in de literatuur beschreven alternatieven voor de bureaucratische organisatie zijn voor dit onderzoek relevant?*
- k) Wat zijn kenmerken van een klantgerichte organisatie?*

Het resultaat van deze literatuurstudie staat beschreven in hoofdstuk 2.

Omgevingsverkenning van zorgverzekeraars

Tevens is bestudeerd hoe zorgverzekeraars zich hebben ontwikkeld van de oorspronkelijke ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars tot de zorgverzekeraars die zij in 2005 zijn. Deze ontstaansgeschiedenis is relevant om de reacties van zorgverzekeraars op veranderende omgevingseisen te kunnen benoemen én begrijpen. Door een langere periode (dan de onderzoeksperiode 1987 tot 2006) te beschouwen, kunnen structurele veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg worden onderscheiden van incidenten. Door de perspectieven van verschillende actoren te hanteren kan gevoel worden gekregen voor de verschillende belangen die er feitelijk in het spel zijn.

Voor deze omgevingsverkenning is gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen. Publicaties van het Ministerie van Volksgezondheid, de Stichting Historie Ziekenfondswezen, toezichthoudende instanties en de zorgverzekeraars zelf zijn geschikt om een feitelijk juist en inhoudelijk rijk beeld te krijgen van deze geschiedenis. Zo ontstaat inzicht waarom zorgverzekeraars zich hebben ontwikkeld zoals zij zich hebben ontwikkeld. De op enig moment heersende opvattingen van de verschillende actoren en het dan geldende krachtenveld zijn immers mede bepalend voor wat als een adequate reactie wordt beschouwd om als zorgverzekeraars te reageren en anticiperen op veranderende omgevingseisen. Vragen die leidend zijn geweest bij deze omgevingsverkenning zijn:

- l) Hoe heeft de relevante wet- en regelgeving zich ontwikkeld?*
- m) Hoe heeft het toezicht op zorgverzekeraars zich ontwikkeld?*
- n) Hoe heeft de relatie zorgverzekeraars – zorgaanbieders zich ontwikkeld?*
- o) Hoe heeft de relatie zorgverzekeraars – zorgverzekerden zich ontwikkeld?*
- p) Welke eisen stellen toezichthoudende instanties aan zorgverzekeraars?*
- q) Welke eisen stellen (zorgvragende) verzekerden aan zorgverzekeraars?*

Het resultaat van deze omgevingsverkenning staat beschreven in hoofdstuk 3. Dit hoofdstuk is beschrijvend van aard. Met de verkregen inzichten is vervolgens gekeken naar de organisatieontwikkeling van één bepaald geval: het onderzoeksobject Zorgverzekeraar VGZ.

Een tussenstap: verwachtingen

De resultaten van de literatuurstudie gecombineerd met de resultaten van de omgevingsverkenning van zorgverzekeraars leidden tot ideeën over hoe zorgverzekeraars zouden kunnen reageren op veranderende omgevingseisen om de bureaucratie te beteugelen en de klantgerichtheid van de organisatie te bevorderen. Deze tussenstap staat beschreven in paragraaf 3.4, de klantgerichte zorgverzekeraar in theorie.

Gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ

Hoofdstuk 4, 5 en 6 beschrijven de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ, de kern van dit proefschrift. De keuze voor een kwalitatief onderzoek bij één zorgverzekeraar in plaats van een meer kwantitatief onderzoek bij alle zorgverzekeraars in Nederland is een pragmatische geweest: Zorgverzekeraar VGZ bood de mogelijkheid om in werktijd onderzoek te verrichten en tegelijkertijd binnen de organisatie deel te nemen aan het bevorderen van de klantgerichtheid en de introductie van het INK-managementmodel als kwaliteitssysteem. Bovendien bood VGZ vooraf de onbeperkte toegang tot het CONDOR-archief, waardoor een ingrijpend reorganisatieproces intensief en van binnenuit bestudeerd kon worden. 'Toeval' en pragmatische overwegingen hebben een doorslaggevende rol gespeeld bij de keuze van

deze organisatie als onderzoeksobject. Toch is te verantwoorden dat dit geval, Zorgverzekeraar VGZ, geen slechte keuze is.

Zorgverzekeraar VGZ is geen a-typische zorgverzekeraar, in de zin dat de organisatieontwikkeling van VGZ volledig afwijkt van wat in de branche zichtbaar is. VGZ heeft misschien wat eerder dan andere zorgverzekeraars een ingrijpend organisatieontwikkelingsproces doorgevoerd. De keuzen die gemaakt zijn en de weg waarlangs veranderingen tot stand zijn gebracht, zijn echter wel degelijk ook voor andere zorgverzekeraars illustratief, zoals hoofdstuk 7 laat zien. De vraag of de resultaten van het onderzoek bij Zorgverzekeraar VGZ generaliseerbaar zijn voor de branche als geheel kan echter niet goed beantwoord worden. Daarvoor zou het onderzoek toch uitgebreid moeten worden tot de gehele branche. In de tijd en qua omvang gezien was dit niet mogelijk. Daarom is ervoor gekozen de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ te zetten naast een beperkt vergelijkend onderzoek bij drie andere zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars zijn als volgt geselecteerd.

Vergelijkend onderzoek bij drie andere zorgverzekeraars

Nederland kent op 1-1-2003 26 zorgverzekeraars⁸. Voor het vergelijkend onderzoek zijn drie zorgverzekeraars geselecteerd via de volgende criteria:

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Aard organisatie: | een sociaal georiënteerde zorgverzekeraar, die de functie 'zorginkoop' dominant heeft opgenomen in de visie van de organisatie |
| 2. Organisatievorm: | zelfstandig werkend (niet binnen een conglomeraat werkzaam) |
| 3. Werkgebied: | landelijk werkend |
| 4. Schaalgrootte: | meer dan 1.500.000 verzekerden (op de peildatum 1-1-2003) |
| 5. Productenpakket: | opgebouwd uit ziekenfondsverzekering, particuliere verzekering, aanvullende verzekeringen en producten op het grensvlak van zorg en sociale zekerheid |

Dit betekent dat *niet* opgenomen zijn:

- zorgverzekeraars met winstoogmerk, omdat deze meer als schadeverzekeraar opereren, wat de inrichting en de resultaten van de verkoopfunctie en de zorginkoopfunctie beïnvloedt;
- zorgverzekeraars die geen functie 'zorginkoop' kennen, omdat dan de vergelijking van deze functie onmogelijk wordt en de relaties tussen bedrijfsprocessen anders komen te liggen;
- zorgverzekeraars die functioneren als onderdeel van een groter (financieel) conglomeraat van organisaties zoals leven-, schadeverzekeraars en banken, omdat dan de bedrijfsprocessen zo anders georganiseerd kunnen zijn dat een zinvolle vergelijking onmogelijk wordt;
- zorgverzekeraars die expliciet het beleid hebben regionaal te willen werken, omdat dan markttuitbreiding geen wens is en de organisatie hier ook geen inspanningen voor doet, wat tot onvergelykbare resultaten leidt;
- zorgverzekeraars met minder dan 1.500.000 verzekerden op de peildatum, omdat verschil in schaalgrootte leidt tot andere organisatiestructuren en coördinatiemechanismen (Mintzberg, 1997), wat leidt tot onvergelykbare resultaten;
- zorgverzekeraars die niet streven naar nieuwe producten op het grensvlak van zorg en sociale zekerheid, omdat productinnovatie een aantal eisen stelt aan de organisatie die volgens de literatuur beter te realiseren is via meer organische organisatiestructuren. Een organisatie die deze wens niet heeft, zal in de organisatiestructuur en de bedrijfsprocessen bepaalde voorzieningen niet opnemen, wat weer tot onvergelykbare resultaten leidt.

⁸ Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle ziekenfondsen/zorgverzekeraars aan het begin en aan het eind van de onderzoeksperiode, in 1987 en in 2005.

In het beperkt vergelijkend onderzoek zijn dus zorgverzekeraars opgenomen die op deze criteria ook daadwerkelijk vergelijkbaar zijn met de situatie van Zorgverzekeraar VGZ. Het resultaat van deze selectie is dat voor een vergelijkend onderzoek in aanmerking kwamen: CZ Actief in gezondheid, Agis en Menzis Zorg en Inkomen. Deze organisaties staan beschreven in hoofdstuk 7. Deze keuze is bovendien te verantwoorden omdat deze organisaties qua dominant werkgebied een flink deel van Nederland bestrijken en inclusief Zorgverzekeraar VGZ op 31-12-2005 ruim 50% van de Nederlandse bevolking bedienen. CZ, Agis en Menzis zijn op verschillende tijdstippen ontstaan. De beschrijving van de organisatieontwikkeling van deze zorgverzekeraars start op het moment van het ontstaan.

Resultaten en vergelijking van de resultaten met de verwachtingen

De resultaten van het onderzoek bij VGZ en van het beperkt vergelijkend onderzoek bij de drie andere zorgverzekeraars zijn geanalyseerd met behulp van het INK-managementmodel. Het gebruik van dit model wordt in paragraaf 1.5 gemotiveerd.

In het achtste en afsluitende hoofdstuk wordt de verbinding gelegd tussen wat vanuit de theorie verwacht kon worden en wat in de praktijk is aangetroffen. Hieruit worden conclusies getrokken over het aanpassingsvermogen van zorgverzekeraars en over de effectiviteit van zorgverzekeraars in een nieuwe omgeving. Is de contingentietheorie behulpzaam bij het begrijpen van het transformatieproces van ziekenfonds naar zorgverzekeraar? Is het mogelijk om als organisatie een klantgerichte bureaucratie te zijn of is een klantgerichte bureaucratie echt een utopie?

1.4. Een gevalsstudie

Het hart van dit onderzoek is de gevalsstudie 'Zorgverzekeraar VGZ'. Hutjes en Van Buuren (1996, p.15) definiëren: 'bij een gevalsstudie gaat het om de intensieve bestudering van een verschijnsel binnen zijn natuurlijke situatie, zodanig dat de verwevenheid van relevante factoren behouden blijft'. Braster (2000, p.23) specificeert deze intensieve bestudering: 'bij de casestudy is in veel gevallen sprake van één of enkele onderzoekseenheden; een pragmatische of theoretische selectie van onderzoekseenheden; meting gedurende een langere periode; geen controlemogelijkheden; gebruikmaking van meerdere technieken van data-verzameling; het onderzoeken van een groot aantal eigenschappen of theoretische concepten; een kwalitatieve analyse van de empirische variabelen en meerdere analyse-niveaus (bijvoorbeeld organisatie-, afdelings- en individueel niveau)'. Jonker en Pennink (2000) benadrukken in hun onderscheid tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek dat kwantitatief onderzoek uitgaat van 'kijken door de ogen van de onderzoeker' terwijl kwalitatief onderzoek 'kijken door de ogen van de ander' beoogt. 'Kwalitatief onderzoek doen betekent zo zorgvuldig mogelijk proberen te begrijpen hoe de ander zijn situatie ervaart' (Jonker en Pennink, 2000, p.46).

Kijken door de ogen van de ander is in dit onderzoek belangrijk. Enerzijds kijken door de ogen van het topmanagement van een zorgverzekeraar, om te begrijpen hoe deze de omgeving en het eigen functioneren daarin ervaart en beoordeelt. Het topmanagement bepaalt immers hoe een organisatie zich ontwikkelt. Alleen het hoogste management stelt zich de vraag 'hoe kunnen wij deze bedreigingen het hoofd bieden of hoe kunnen wij deze kansen pakken? Anderzijds kijken door de ogen van de klant, omdat deze uiteindelijk de effectiviteit van de organisatieontwikkeling van zorgverzekeraars beoordeelt.

Een gevalsstudie van één zorgverzekeraar zegt weliswaar nog niets over de branche, maar biedt wel een diepgaand inzicht in de beweegredenen van deze organisatie om op veranderende omgevingseisen te reageren zoals zij dat heeft gedaan. Ook het organisatieontwikkelingsproces zelf kan diepgaand worden bestudeerd en beschreven. De werkelijkheid

is nog altijd vele malen complexer dan een gedetailleerde beschrijving hiervan, maar deze beschrijving kan via een gevalsstudie verder gaan dan via kwantitatief onderzoek mogelijk is.

Natuurlijk had dit onderwerp ook via kwantitatief onderzoek benaderd kunnen worden. In dat geval zouden *alle* zorgverzekeraars in Nederland bij het onderzoek betrokken zijn, waardoor meer inzicht ontstaat in de ontwikkeling van de branche. Hiervoor is niet gekozen, voornamelijk omdat de gewenste diepgang dan niet had kunnen worden bereikt. Het doel was daadwerkelijk te begrijpen hoe de organisatieontwikkeling bij een zorgverzekeraar verloopt (het proces), waarom deze zó verloopt en niet anders en wat het effect (het resultaat) is voor de klanten van deze zorgverzekeraar. Een intensieve bestudering van binnenuit (participerende observatie) is hiervoor het meest geëigend.

'The basic methodological arguments for observation, then, may be summarized as these: observation (...) maximizes the inquirer's ability to grasp motives, beliefs, concerns, interests, unconscious behavior's, customs, and the like; observation (...) allows the inquirer to see the world as his subjects see it, to live in their time frames, (...); observation (...) permits the observer to use *himself* as a data source: and observation (...) allows the observer to build on tacit knowledge, both his own and that of the members of the group.' (Guba en Lincoln 1981: p.193 in Hutjes en Van Buuren 1996; p.91).

De (methodologische) nadelen van één enkele gevalsstudie zijn bekend (Yin, 1994, p.9-11): de controlemogelijkheden van het onderzoek zijn zwak omdat het proces van gegevensverzameling en –analyse nog weinig gestandaardiseerd is; gevalsstudies bieden geen basis voor wetenschappelijk verantwoorde generalisaties en leiden vaak tot omvangrijke en onleesbare boekwerken. Daarnaast zijn gevalsstudies volgens Yin ook vreselijk moeilijk om goed uit te voeren. Hutjes en Van Buuren melden dat de gevalsstudie lange tijd is gezien als 'een zwakke, intuïtieve variant in de methoden van sociaalwetenschappelijk onderzoek' (Hutjes en Van Buuren, 1996, p.19) en 'een ééngroepsachterafmeting, waarin de noodzakelijke vergelijkingsbasis ontbreekt' (Hutjes en Van Buuren, 1996, p.55). Door diverse auteurs wordt dan ook gepleit voor een combinatie van kwalitatief onderzoek met kwantitatief onderzoek, teneinde te komen tot verantwoord én bruikbaar toegepast onderzoek (Jonker en Pennink (2000), Hutjes en Van Buuren (1996)). 'Met de voordelen van de ene (onderzoeks-) strategie probeert men de nadelen van de andere te compenseren' (Hutjes en Van Buuren, 1996, p.26). Dit advies is in dit onderzoek in zoverre ter harte genomen, dat de vergelijking met drie andere zorgverzekeraars weliswaar ook via kwalitatief onderzoek is uitgevoerd, maar toch iets meer generalisatie mogelijk maakt van de resultaten van Zorgverzekeraar VGZ.

De kwaliteit van een gevalsstudie

Hoe kan een onderzoek als het onderhavige zo worden uitgevoerd dat de resultaten wetenschappelijk te verantwoorden zijn? 'Onderzoek moet netjes gedaan worden, doelmatig zijn, bruikbare resultaten opleveren en aansluiten bij de behoefte aan kennis van de opdrachtgever' (Jonker en Pennink, 2000, p.65). Dit betekent dat vóór, tijdens en na het onderzoek zorgvuldig moet worden omgegaan met begrippen, metingen en interpretaties van resultaten. De kwaliteit van een gevalsstudie wordt bepaald door de begripsvaliditeit, de interne en externe validiteit en de betrouwbaarheid (Hutjes en Van Buuren, 1996). Het onderzoek moet zo goed mogelijk controleerbaar zijn.

Begripsvaliditeit

De begripsvaliditeit wordt geborgd door begrippen zo te definiëren en te operationaliseren dat deze in de werkelijkheid gemeten kunnen worden. In de loop van het onderzoek moeten de aanvankelijk globale begrippen een duidelijke en voor alle betrokkenen begrijpelijke concreti-

sering krijgen. De begripsvaliditeit krijgt vorm in hoofdstuk 2, waar begrippen als 'organisatie', 'omgeving', 'bureaucratie' en 'klantgerichtheid' voor toepassing in dit onderzoek worden gedefinieerd. De begrippen 'bureaucratie' en 'klantgerichtheid' worden daarnaast geoperationaliseerd in hoofdstuk 3, waar de omgevingseisen aan zorgverzekeraars zijn geïnventariseerd.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek en de onderzoeksresultaten worden geborgd door een goed onderzoeksontwerp (zie figuur 1.4), door gebruik te maken van een onderzoeksprotocol (zie bijlage 2) en door gebruik te maken van triangulatie (Yin, 1994). Triangulatie betekent dat meerdere bronnen leiden tot dezelfde resultaten. Dit kan door gebruik te maken van meerdere theorieën, meerdere methoden van data verzamelen, meerdere data en meerdere onderzoekers. Dit onderzoek is uitgevoerd door één onderzoekster, maar verder is triangulatie als volgt toegepast.

Toepassen van een open, inductieve onderzoeksbenadering

De hiervoor beschreven afbakening van het onderzoek is niet van het begin af aan zo duidelijk geweest. Pas na de verkennende literatuurstudie en de omgevingsverkenning van zorgverzekeraars is definitief besloten om te focussen op de kernfuncties van een zorgverzekeraar en op de eisen en wensen van de overheid, toezichthoudende instanties en de klanten van zorgverzekeraars. Vóórdien zijn meerdere invalshoeken gehanteerd om de onderzoeksvraag aan te pakken. Dit heeft als voordeel gehad dat vanuit een brede context naar het onderwerp is gekeken. De gemaakte keuzen zijn bewust gemaakt.

Toepassen van meerdere theoretische inzichten

De literatuurstudie heeft geleid tot het inzicht dat één theoretische invalshoek niet voldoende was om het geval 'Zorgverzekeraar VGZ' te begrijpen en te verklaren. De klassieke auteurs die het onderwerp 'bureaucratie' hebben behandeld, beschouwden een organisatie vooral als een gesloten systeem. De meer recente publicaties over het onderwerp 'bureaucratie' hanteren weliswaar de organisatie als een open systeem, maar deze auteurs benadrukken veelal de effecten van de bureaucratie op de medewerkers van de organisatie. De effecten van bureaucratiesering op de klantgerichtheid van de organisatie blijven veelal buiten beschouwing. Daarom is ook gebruik gemaakt van literatuur over kwaliteitssystemen en over klantgerichtheid.

Toepassen van meerdere onderzoeksmethoden (methodische triangulatie) binnen 'het geval'

Naast participerende observatie binnen Zorgverzekeraar VGZ zijn andere methoden van dataverzameling toegepast. Zo is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een documentenstudie (het CONDOR-archief, beleidsbepalende documenten, rapportages, resultaten van klanttevredenheidsonderzoeken, jaarverslagen, uitvoeringsverslagen en CTZ-rapporten). Daarnaast zijn interviews gehouden met sleutelfunctionarissen binnen VGZ op verschillende niveaus in de organisatie voor de verschillende kernfuncties. Tot slot is een analyse gemaakt van een uitdraai van het personeelsbestand op vier relevante meetmomenten.

Toepassen van een beperkte meervoudige gevalsanalyse

De gevalsstudie 'Zorgverzekeraar VGZ' is vergeleken met de organisatieontwikkeling van drie andere zorgverzekeraars. Dit is in verband met de tijdsinvestering een beperkt vergelijkend onderzoek geworden. De organisatieontwikkeling van deze drie organisaties is minder diepgaand beschreven. Toch biedt deze vergelijking inzicht in de ontwikkeling van de branche. Doordat op deze wijze vier grote zorgverzekeraars in het onderzoek zijn betrokken, kan tot op zekere hoogte een generaliserende conclusie worden getrokken.

Controleerbaarheid

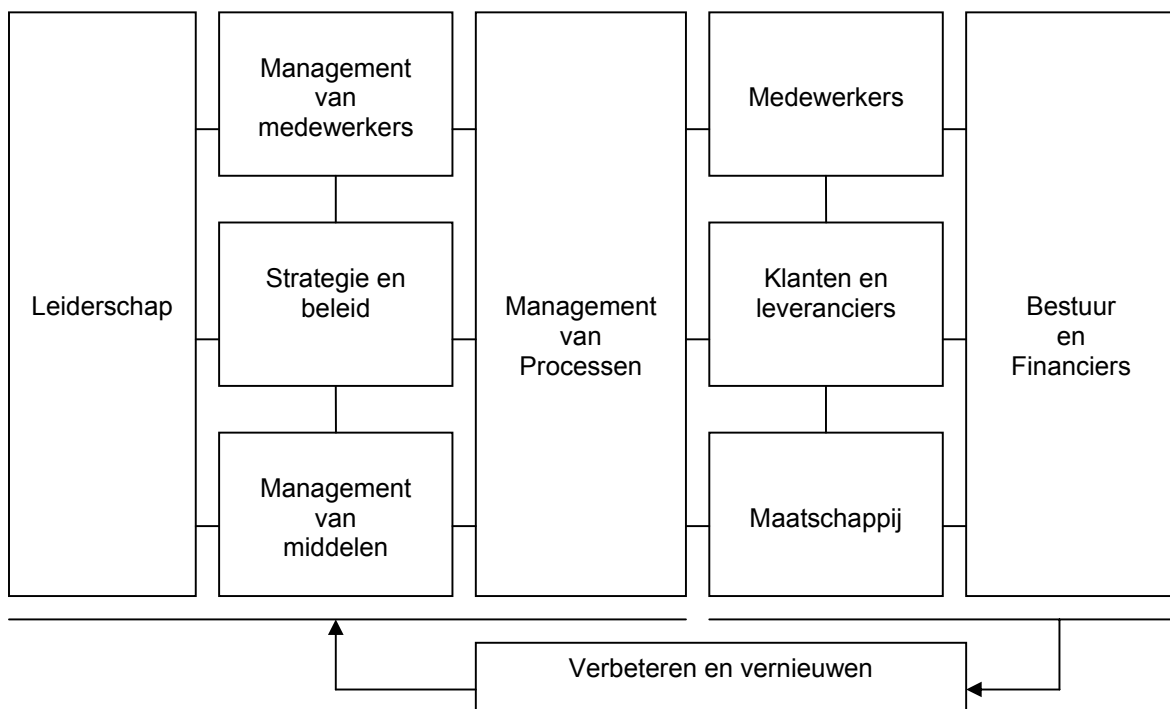
De controleerbaarheid van het onderzoek is geborgd door in een protocol vast te leggen op welke wijze data worden verzameld (bijlage 2) en door de data zelf in een archief op te slaan dat met enige beperkingen toegankelijk is voor degenen die het onderzoek beoordelen. De geïnterviewden van VGZ zijn zorgvuldig geselecteerd en hebben de gespreksverslagen goedgekeurd. De teksten van hoofdstuk 3, 4, 5, 6 en 7 zijn bovendien door diverse personen nagelezen op compleetheid en juistheid. De conclusies die in hoofdstuk 8 zijn getrokken, zijn door collega's binnen Zorgverzekeraar VGZ becommentarieerd (peer debriefing) en door functionarissen in de zorgverzekeringsbranche van commentaar voorzien (member check).

1.5. Het gebruik van het INK-managementmodel

In de onderzoeksopzet wordt een verband verondersteld tussen:

- de omgevingseisen die enkele specifieke actoren (de overheid, toezichthouders en klanten) stellen aan het functioneren van zorgverzekeraars;
- de wijze waarop het topmanagement van zorgverzekeraars deze eisen (ten aanzien van vier kernfuncties) vertaalt in organisatiestructuren, beleid en bedrijfsprocessen;
- en de resultaten van de organisatie.

Ook zijn de begrippen 'bureaucratie' en 'klantgerichtheid' in dit onderzoek van belang. Om deze onderwerpen in samenhang te kunnen bezien en beoordelen wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van het INK-managementmodel, zie figuur 1.5. INK staat voor Instituut Nederlandse Kwaliteit. Deze paragraaf geeft een inleiding op het INK-managementmodel, in het vervolg kortweg aangeduid als het INK-model of het INK, en motiveert het gebruik van dit model.



Figuur 1.5: INK-managementmodel – versie 2004

Het ontstaan en de betekenis van het INK-managementmodel

In 1988 ontwikkelden vertegenwoordigers van veertien grote Europese bedrijven⁹ het EFQM-model. EFQM staat voor European Foundation for Quality Management. Dit model ontstond uit de behoefte bij het bedrijfsleven aan een externe bron voor kwaliteitsverbetering: namelijk de toekenning van een Europese kwaliteitsprijs, in navolging van de Japanse Deming-prize en de Amerikaanse Malcolm Baldrige Award. Op basis van dit EFQM-model ontwikkelde het Instituut Nederlandse Kwaliteit in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken in 1991 het INK-managementmodel, (kortheidshalve vaak het INK-model genoemd) met als doel het Nederlandse bedrijfsleven te ondersteunen bij het vergroten van de concurrentiekracht. Het INK-managementmodel is een model in de betekenis van: een zienswijze, een kijk op de werkelijkheid (Lammers, Mijs en Van Noort, 1997, p.511).

Het INK-model bestaat uit negen aandachtsgebieden en een feedbackloop, verbeteren en vernieuwen, ook wel eens het tiende aandachtsgebied genoemd. De vijf organisatiegebieden van het model bieden het management van een organisatie een structuur om na te gaan hoe de organisatie is ingericht en in de praktijk functioneert. Elk organisatiegebied is onderverdeeld in drie deelgebieden, zie tabel 1.1.

Organisatiegebieden van het INK-managementmodel				
Leiderschap	Strategie en beleid	Management van medewerkers	Management van middelen	Management van processen
Richten	Oriënteren	Organiseren	Geld	Identificeren en ontwerpen
Inrichten	Creëren	Investeren	Kennis en technologie	Invoeren en beheersen
Verrichten	Implementeren	Respecteren	Materiaal en diensten	Doorlichten en verbeteren

Tabel 1.1: Organisatiegebieden van het INK-managementmodel en de deelgebieden

De vier resultaatgebieden van het model visualiseren de omgeving van de organisatie. In het resultaatgebied 'klanten en leveranciers' bijvoorbeeld, wordt de waardering van relevante klantsegmenten gemeten en de wijze waarop belangrijke toeleveranciers de relatie met de organisatie ervaren en waarderen. In het resultaatgebied 'maatschappij' kan de waardering van relevante actoren/doelgroepen gemeten worden. Het resultaatgebied 'medewerkers' bevat de toegevoegde waarde van de organisatie voor medewerkers. Het resultaatgebied 'bestuur en financiers' geeft inzicht in het oordeel over de totale prestatie van de organisatie van diegenen die zeggenschap over de organisatie hebben. De nadruk ligt hierbij op het bereiken van strategische doelstellingen, het financiële rendement op geïnvesteerd vermogen en de kwaliteit van het management zelf. De te meten maatstaven in dit resultaatgebied worden door het bestuur en de financiers als kritisch voor de continuïteit van

⁹ Vanuit de electronica: Bosch, Philips electronics, AB Electrolux, British Telecom, Bull en Olivetti. Vanuit de automobieliindustrie: Volkswagen, Renault en Fiat. Vanuit andere branches: Sulzer, KLM, Ciba Geigy, Dassault Aviation en Nestlé.

de organisatie beoordeeld. Elk resultaatgebied bevat maatstaven voor de output, de tevredenheid en het gedrag. Zie voor enkele voorbeelden tabel 1.2.

Resultaatgebieden van het INK-managementmodel				
	Klanten en leveranciers	Medewerkers	Maatschappij	Bestuur en financiers
Output	Mate waarin het product/dienst voldoet aan specificaties Levertijden Functioneren helpdesk	Realisatie POP Opleidingsmogelijkheden Faciliteiten voor verbeterteams	Energieverbruik Prestaties MVO Scholingsplaatsen	Marktaandeel Omzet Rendement Productiviteit
Tevredenheid	Mening van de klant over het product of de dienst	Mening over werkdruk	Mening over integriteit van beslissers	Mening over organisatie-ontwikkeling of kostenbeheersing
Gedrag	Percentage herhalings-aankopen Aantal klachten	Aantal verbeter-suggesties Ziekteverzuim Bovenmatig verloop	Positieve aandacht in de pers Inschakeling organisatie in pilots en onderzoek	Benodigde inspanning om extra geld te verwerven

Tabel 1.2: Resultaatgebieden van het INK-managementmodel met enkele voorbeelden van maatstaven

De feedbackloop in het model nodigt het management uit om na te gaan hoe de bereikte resultaten verbeterd kunnen worden door maatregelen te nemen in één of meerdere organisatiegebieden. De verbanden die getekend zijn tussen de organisatiegebieden en de resultaatgebieden onderling en tussen de organisatiegebieden en de resultaatgebieden zijn hierbij van belang. Het model onderscheidt hierbij een mens-as, een ondernemers-as en een middelen-as, zie tabel 1.3¹⁰.

¹⁰ Hier is de officiële INK-handleiding gebruikt. In de ogen van de onderzoekster zouden alle drie de assen via 'strategie en beleid' moeten lopen, omdat het topmanagement via dit organisatiegebied de organisatie aanstuurt. Het personeelsbeleid en het middelenbeleid zijn volgend op en afgeleid van het organisatiebeleid. Ook zouden de drie assen elk via 'management van processen' moeten lopen omdat hier de uitvoering plaatsvindt, ook van het middelenbeleid. Alle assen zouden bovendien moeten eindigen bij het resultaatgebied 'Bestuur en financiers', omdat hier de financiële en niet-financiële resultaten zichtbaar worden gemaakt. Ook de middelen-as dient in een resultaatgebied te eindigen.

Het verband tussen organisatiegebieden en resultaatgebieden				
De mens-as:				
Leiderschap	Management van medewerkers	Management van processen	Resultaatgebied medewerkers	
De ondernemers-as:				
Leiderschap	Strategie en beleid	Management van processen	Resultaatgebied klanten en leveranciers	Resultaatgebied bestuur en financiers
De middelen-as:				
Leiderschap	Strategie en beleid	Management van middelen		

Tabel 1.3: Verband organisatiegebieden en resultaatgebieden in het INK-managementmodel

Kenmerken van het INK-managementmodel

Het INK-managementmodel is gericht op continu verbeteren om de continuïteit van de organisatie veilig te stellen. De regelkring van dr. W.E. Deming, de Plan-Do-Check-Act cyclus (PDCA-cyclus) is daarom op verschillende manieren in het model gebracht: in het model als geheel, in elk organisatiegebied en in elk resultaatgebied, zie tabel 1.4.

De PDCA-cyclus in het INK-managementmodel			
	In het model	In een organisatiegebied	In een resultaatgebied
Plan: Bepalen van richting, stellen van doelen Plannen van uitvoering	Leiderschap Strategie en beleid	Waarop is beleid gebaseerd, wat zijn de doelen, wat is de samenhang tussen beleidsdoelstellingen, hoe is de verantwoording geregeld?	Hoe wordt de meting opgezet, waar en wanneer wordt gemeten, wat zijn de maatstaven, welke scenario's voor vervolgactiviteiten zijn er?
Do: Allocatie van mensen en middelen en uitvoering	Management van medewerkers middelen processen	Wat zijn acties, kritische succesfactoren, in te zetten middelen?	Uitvoering van de meting

De PDCA-cyclus in het INK-managementmodel			
	In het model	In een organisatiegebied	In een resultaatgebied
Check: Meten of gestelde doelen zijn bereikt	Resultaatgebieden	Welke resultaten worden gemeten, hoe wordt de voortgang bewaakt?	Vergelijking van de resultaten met voorgaande jaren, met gestelde doelen, met concurrenten, met excellente organisaties
Act: Analyseren van metingen en bijstellen	Verbeteren en vernieuwen	Hoe wordt geëvalueerd, wat gebeurt er met de evaluatieresultaten?	Analyse van de resultaten

Tabel 1.4: De PDCA-cyclus in het INK-managementmodel

De oprichters van het EFQM-model hebben eind jaren tachtig van de vorige eeuw op basis van hun eigen visie en praktijkervaring de invulling van de negen aandachtsgebieden ontwikkeld. Sindsdien is het model enkele malen geactualiseerd op grond van onderzoek onder de gebruikers van het model. Ook de verschillende aanmeldingsrapporten en auditrapporten (zie hierna) hebben het inzicht vergroot in de succesfactoren op weg naar een excellente organisatie. Excellente organisaties hebben vijf kenmerken gemeen: leiderschap met lef, resultaatgerichtheid, continu verbeteren, transparantie en samenwerking (Stevens, 2004). Een organisatie die met het INK-managementmodel werkt, zal deze vijf kenmerken moeten ontwikkelen. Zij doet dit door achtereenvolgens vijf ontwikkelingsfasen te doorlopen, zie tabel 1.5.

Ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel		
Fase I	Activiteit georiënteerd	Iedere werknemer streeft ernaar zijn werk zo goed mogelijk te doen. Vakmanschap wordt hoog gewaardeerd en door opleidingen ondersteund. Klachten worden verholpen.
Fase II	Proces georiënteerd	De primaire processen worden beheerst. Processtappen zijn geïdentificeerd. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden liggen vast. Prestatie-indicatoren worden gebruikt als sturingsinstrument. Processen worden verbeterd op basis van geconstateerde afwijkingen.
Fase III	Systeem georiënteerd	Op alle niveaus wordt systematisch gewerkt aan verbetering van de organisatie als geheel. De PDCA-cyclus wordt toegepast in primaire, ondersteunende en besturende processen. De klantfocus is dominant in het beleid. Problemen worden voorkomen in plaats van verholpen.

Ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel		
Fase IV	Keten georiënteerd	Met partners in de voortbrengingsketen wordt samengewerkt om de maximaal toegevoegde waarde te bereiken voor de klant. Besturingssystemen worden met elkaar verbonden. Innovatie staat voorop.
Fase V	Transformatie georiënteerd	De organisatie wil in de markten waarin zij opereert tot de top behoren. Via een lange termijn visie wordt tijdig ingespeeld op mogelijke nieuwe markten.

Tabel 1.5: Ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel

Een organisatie kan met behulp van het INK-managementmodel de bedrijfsvoering integraal evalueren. Het Instituut INK heeft hiervoor vier diagnose-instrumenten ontwikkeld: een quick-scan, een positiebepaling, een zelfevaluatie en een officiële INK-audit. Door een diagnose uit te voeren met één van deze instrumenten, krijgt het management inzicht in de ontwikkelingsfase waarin men zich op dat moment bevindt. Het schrijven van een zelf-evaluatierapport bijvoorbeeld gebeurt met meerdere disciplines en meerdere niveaus in de organisatie, waardoor dit inzicht ontstaat en interne transparantie en samenwerking bevorderd worden. Auditors beoordelen een zelfevaluatie-rapport door de organisatiegebieden te scoren op 'opzet, implementatie en evaluatie en bijstelling' en de resultaatgebieden te scoren op 'opzet, uitkomsten en gebruik'. Via een scoreproces worden de negen afzonderlijke aandachtsgebieden eerst in procenten gescoord. De totale organisatie wordt vervolgens in punten gescoord door de scores van de aandachtsgebieden te wegen, zie tabel 1.6.

Wegingsfactoren van de negen aandachtsgebieden			
Aandachtsgebied	Score-percentages	Wegingsfactor	Punten
Leiderschap	0 - 100%	x 1.0	
Strategie en beleid	0 - 100%	x 0.8	
Management van medewerkers	0 - 100%	x 0.9	
Management van middelen	0 - 100%	x 0.9	
Management van processen	0 - 100%	x 1.4	
Klanten en leveranciers	0 - 100%	x 2.0	
Medewerkers	0 - 100%	x 0.9	
Maatschappij	0 - 100%	x 0.6	
Bestuur en financiers	0 - 100%	x 1.5	
Puntentotaal			Maximaal 1000

Tabel 1.6: Wegingsfactoren van de negen aandachtsgebieden

Uit tabel 1.6 blijkt dat leiderschap, management van processen en de resultaatgebieden klanten en leveranciers en bestuur en financiers het zwaarst wegen in de beoordeling van een organisatie.

Het INK-model wordt in de praktijk door profit en non-profit organisaties gebruikt om de bedrijfsvoering te verbeteren. Het is een generiek model dat veel ruimte laat voor een eigen invulling en dat goed in combinatie met andere managementsystemen kan worden gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn het ISO 9001-kwaliteitssysteem, gericht op de kwaliteit van de bedrijfsprocessen, het ISO 14001 en OHSAS 18001 systeem voor milieu- en arbomanagement, Investors in People (IIP) voor de ontwikkeling van medewerkers, de Balanced Scorecard (BSC) voor het sturen van de organisatie op vier kerngebieden (markt/klant, financieel, bedrijfsprocessen en innovatie), Six Sigma voor het uitvoeren van verbeterprojecten en tot slot Enterprise Risk Management (ERM), een raamwerk voor risicomanagement. Ook branchespecifieke managementsystemen zijn te combineren met het INK-model. De relaties zijn beschreven voor het HKZ Harmonisatiemodel (gezondheidszorg), het Waarderingskader BVE (onderwijssector), het Borea Keurmerk Reïntegratie (reïntegratiebedrijven), HACCP (voedingsmiddelen en horeca), het Keurmerk Hypotheekbemiddeling (financiën) en het KWH-Huurlabel (woningcorporaties).

Motivatie voor het INK-managementmodel

De keuze voor gebruik van het INK-managementmodel in dit onderzoek wordt als volgt gemotiveerd. Dit onderzoek gaat over de wijze waarop een ziekenfonds/zorgverzekeraar zich ontwikkelt onder invloed van een veranderende omgeving. Het is dus belangrijk om een model te kiezen dat de relatie tussen een organisatie en haar omgeving tot onderwerp heeft.

De omgeving van een organisatie wordt in het INK-model gevisualiseerd via de resultaatgebieden. Het model past binnen de Rijnlandse traditie¹¹, waarbij de waardering van verschillende stakeholders voor de prestaties van de organisatie evenwichtig worden meegenomen. Dit sluit goed aan bij de situatie waarin zorgverzekeraars zich bevinden. De geselecteerde actoren in de omgeving van zorgverzekeraars (zie figuur 1.3) worden geplaatst in de resultaatgebieden: klanten en leveranciers, maatschappij, bestuur en financiers. Het INK-model besteedt daarbij aandacht aan de financiële én de niet-financiële resultaten van een organisatie. Ook dit is belangrijk, omdat de klanttevredenheid in dit onderzoek van belang is en klanttevredenheid door meer dan alleen financiële prestaties wordt beïnvloedt. De omgeving van zorgverzekeraars kan met behulp van het INK-managementmodel dus goed worden beschreven en geanalyseerd.

De manier waarop het management van een zorgverzekeraar tracht de gewenste resultaten te bewerkstelligen, is het onderwerp van dit onderzoek. Het gebruik van het INK-model draagt er toe bij dat deze organisatorische maatregelen meer inzichtelijk, systematisch en structureel te beschrijven zijn. Het INK-model geeft op schematische wijze de relatie weer tussen de (gewenste) resultaten en de organisatie-elementen die door het management aangewend kunnen worden om deze resultaten te realiseren. Het model is daarbij gericht op de continuïteit van de organisatie en op het veilig stellen hiervan door continu te verbeteren. Het INK-model visualiseert dus de belangrijkste facetten van dit onderzoek, de resultaten en de wijze van organiseren en de onderlinge relatie daartussen.

Een derde argument voor het gebruik van het INK-model is het feit dat de voor dit onderzoek relevante begrippen 'bureaucratie, klantgerichtheid en klanttevredenheid' via de organisatiegebieden en de resultaatgebieden met elkaar in verband kunnen worden gebracht, zoals paragraaf 2.6 laat zien.

Het feit dat grote en kleine ondernemingen in de profit- en de non-profit sfeer het model gebruiken, biedt voldoende vertrouwen voor een effectieve toepassing binnen dit onderzoek.

¹¹ Het Rijnlandse model wordt beschreven door Albert (1991). De Rijnlandse traditie staat tegenover de Angelsaksische traditie waar de shareholdersvalue doorslaggevend is.

Het INK-managementmodel wordt met enige periodiciteit geactualiseerd op de nieuwe eisen van de tijd. Eind jaren negentig van de vorige eeuw heeft het EFQM een onderzoek uit laten voeren naar de inhoudelijke juistheid van het EFQM-model en naar de mate waarin het model dekkend is om een totale organisatie te beoordelen (Ten Have, 2002). Het resultaat van dit onderzoek luidde dat het model bijzonder valide is in termen van totale dekking van belangrijke aandachtsgebieden voor zowel profit- als non-profit organisaties. Zowel het EFQM-model als het hierop gebaseerde INK-managementmodel zijn dus in de onderzoeksperiode geactualiseerd: het EFQM-model op het gebied van partnerships (het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere organisaties), het Nederlandse INK-managementmodel is meer nadruk gaan leggen op de toegevoegdewaardeketen, op het aspect 'professionaliteit' en op een volwassen, gelijkwaardige relatie tussen de ondernemer en de medewerkers. De ontwikkeling naar maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) past in het denkkader van waaruit het INK-model is opgezet. De organisatie van een zorgverzekeraar kan dus goed met behulp van het INK-model worden beschreven.

Een pragmatische reden is tenslotte het feit dat Zorgverzekeraar VGZ in 1999 heeft gekozen voor een organisatiebrede invoering van dit model, in combinatie met methodieken van de Business Balanced Score Card van Kaplan en Norton.

Door gebruik van dit model blijven ook onderwerpen onderbelicht. De handreiking 'Verbeteren en vernieuwen' geeft als aandachtspunten hiervoor (Stevens, 2004, p.12-13):

1. Het toepassen van het INK-managementmodel kan ertoe leiden dat een organisatie eerder verbetert op basis van het bestaande, dan dat ze fundamenteel vernieuwt en verandert.
2. Een diagnose met het INK-managementmodel richt zich in principe op de organisatie als geheel en op haar omgeving: er wordt weinig informatie verzameld op individueel -, groeps- of afdelingsniveau.
3. Een diagnose met het INK-managementmodel besteedt veel aandacht aan de mate waarin een organisatie haar bedrijfsvoering beheerst, en minder aan de sociaal-dynamische processen binnen de organisatie.
4. Een diagnose met het INK-managementmodel heeft weinig aandacht voor de cultuur van een organisatie.

In de beschrijving van de gevalsstudie zal hier als volgt rekening mee worden gehouden:

- punt 1 is relevant omdat de omgeving van zorgverzekeraars een fundamentele verbetering en vernieuwing kan vragen. Innovatie is bovendien een zwak punt van bureaucratische organisaties (zie hoofdstuk 2). In hoofdstuk 8 wordt daarom kort ingegaan op het innovatieve vermogen van zorgverzekeraars;
- punt 2 is niet van toepassing, omdat dit onderzoek juist inzoomt op de organisatieonderdelen die de kernfuncties van een zorgverzekeraar uitvoeren;
- punt 3 en punt 4 zijn door de gekozen onderzoeksopzet en –afbakening bewuste omissies: de ondernemers-as is voor de beantwoording van de gestelde onderzoeksvragen dominant. Het feit dat het medewerkersperspectief onbelicht blijft en misschien wel juist heel relevant is voor de klantgerichtheid van een zorgverzekeraar of de klanttevredenheid over die zorgverzekeraar, kan een plaats krijgen in vervolgonderzoek.

1.6. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in het feit dat 'gezondheidszorg' in Nederland wordt beschouwd als een groot goed en de politiek blijft zoeken naar adequate stuurmaatregelen voor deze sector. De rol van zorgverzekeraars wordt hierbij steeds promi-

nenter. Zorgverzekeraars zoeken naar een goed antwoord op de nieuwe vragen en verwachtingen waarmee zij zich geconfronteerd zien en zij passen daartoe zowel de organisatiestructuur als de bedrijfsprocessen aan. Inzicht in de effectiviteit van deze aanpassingen vergroot de kans dat zorgverzekeraars hun maatschappelijke rol op een adequate wijze invullen. Inzicht in de ervaringen van derden is voor zorgverzekeraars relevant om hun bedrijfsvoering te verbeteren. Het grote belang om verantwoord met publieke gelden om te gaan, maakt het relevant dat zorgverzekeraars best practices van elkaar kennen en overnemen. Als het mogelijk is om een 'klantgerichte bureaucratie' te worden, moet dit niet worden nagelaten.

Voor het publiek en specifiek voor de medewerker van een zorgverzekeraar is het relevant om kennis te nemen van de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel en de rol van ziekenfondsen daarin. Zorgverzekeraars proberen de oude ziekenfondscultuur van zich af te schudden en transformeren tot meer private, commerciële en financiële instellingen. Daarbij moet bedacht worden dat het zo niet is begonnen. De wortels van de gezondheidszorg liggen in de charitas (iets voor een ander over hebben), in de solidariteitsgedachte (jong met oud, gezond met ziek, rijk met arm) en in de menselijke maat (in klantbenadering en voor medewerkers in de organisaties, door de kleine schaal daarvan). Zorgverzekeraars zullen een balans moeten vinden tussen verandering en vernieuwing naar aanleiding van een veranderende omgeving en het behoud van relevante waarden.

Voor de geïnteresseerde lezer is dit onderzoek relevant om inzicht te krijgen in het daadwerkelijke functioneren van een zorgverzekeraar: in de mogelijkheden en in de onmogelijkheden van een zorgverzekeraar om tegemoet te komen aan gerechtvaardigde eisen en wensen van hun klanten.

Wetenschappelijke relevantie

Er is nog betrekkelijk weinig wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar het functioneren van zorgverzekeraars in de laatste decennia, gerelateerd aan de veranderende omstandigheden en de resultaten hiervan. De gevalstudie Zorgverzekeraar VGZ geeft een aanzet hiertoe. Mogelijk dat deze studie anderen stimuleert om door te gaan op de aangedragen thema's.

Dit onderzoek beoogt ook een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de contingentietheorie. Toepassing van de contingentietheorie op de zorgverzekeraarsbranche is nog niet eerder op deze wijze gebeurd. Hoe komt het dat deze organisaties zich staande weten te houden en zich aan weten te passen aan veranderende omgevingseisen? Door specifiek te kijken naar de invloed van de klant op de organisatieontwikkeling van zorgverzekeraars wordt de klant als contingentiefactor verbijzonderd uit de omgeving. Aandacht hiervoor is niet overbodig aangezien de politiek deze klant steeds meer macht toekent. Hoe belangrijk en invloedrijk is deze klant feitelijk voor de zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode?

Ten derde wordt de negatieve gevoelswaarde die het begrip 'bureaucratie' oproept, in dit onderzoek genuanceerd. De 'paarse krokodil' uit de reclamespot¹² is voor iedereen herkenbaar. Het terugdringen van de administratieve lasten is een politiek speerpunt van het kabinet Balkenende II. Dit onderzoek onderscheidt een wetenschappelijke en een populaire betekenis van het begrip 'bureaucratie' in relatie tot het functioneren van zorgverzekeraars. Door vanuit het klantperspectief naar het functioneren van zorgverzekeraars te kijken, kan een oordeel worden gevormd over wat de klant positief waardeert en wat de klant negatief waardeert in het functioneren van zorgverzekeraars. De wetenschappelijke en de populaire

¹² OHRA heeft in 2005 een reclamespot waarin een meisje met haar moeder bij de balie van een zwembad haar paarse krokodil komt ophalen, die zij gisteren vergeten is mee te nemen. De krokodil staat in de hoek achter de man bij de balie. De moeder moet een formulier invullen, ook de achterkant. Als zij dit geïrriteerd heeft gedaan, kan dit formulier morgen tussen 10.00 en 12.00 uur worden ingeleverd. 'Maar daar staat hij!' 'Jaa, daar staat hij'.

betekenis van het begrip 'bureaucratie' of 'bureaucratisch' worden in dit onderzoek met elkaar verzoend door de 'klantgerichte bureaucratie' te ontwerpen. Deze denkrichting gaat door in de traditie van Adler en Borys (1996) die schrijven over positieve vormen van formalisatie.

Tot slot wordt de bruikbaarheid van het INK-managementmodel als mogelijk kwaliteits-systeem voor zorgverzekeraars benadrukt.

1.7. Leeswijzer

Dit proefschrift is als volgt te lezen. Wie geïnteresseerd is in de combinatie bureaucratie en klantgerichtheid, kan beginnen met hoofdstuk 2 voor een theoretische inleiding. Dit hoofdstuk introduceert en definieert deze begrippen en ordent deze vervolgens in het INK-managementmodel. Hoofdstuk 3 beschrijft de ontstaansgeschiedenis en de omgeving van zorgverzekeraars. Paragraaf 3.4 beschrijft hoe zorgverzekeraars op de veranderende omgeving zouden kunnen reageren. Wie geïnteresseerd is in de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ leest de hoofdstukken 4, 5 en 6. Een beperkte vergelijking met drie andere zorgverzekeraars, CZ, Agis en Menzis, staat beschreven in hoofdstuk 7. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek en is in die zin 'verplicht'.

2 Bureaucratie en klantgerichtheid

Het management van een organisatie is verantwoordelijk voor de prestaties en de continuïteit van die organisatie. Een goede afstemming op relevante omgevingseisen is daarvoor van belang. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een literatuurstudie naar de wijze waarop organisaties deze afstemming kunnen realiseren. Aan de orde komen inzichten van de contingentietheorie, de resource dependence theorie, de population ecology - en de institutionele theorie. Bovendien worden de voor dit onderzoek belangrijkste begrippen uitgewerkt: bureaucratie en klantgerichtheid. Wat zijn de kenmerken van een bureaucratische organisatie? Wat zijn de kenmerken van een klantgerichte organisatie? Wat is de relatie tussen kenmerken van een bureaucratische organisatie en de klantgerichtheid van die organisatie? Met behulp van het kwaliteitsdenken en het INK-managementmodel wordt een verband gelegd tussen deze begrippen. Het theoretische kader dat in dit hoofdstuk wordt aangereikt, heeft de wijze bepaald waarop in dit onderzoek wordt gekeken naar het functioneren van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode.

2.1. Organisatie en omgeving

Organisaties vormen in een belangrijke mate het aanzien van onze maatschappij en beïnvloeden ons dagelijks leven op diverse manieren. Wij hebben als burger te maken met het functioneren van organisaties, maar ook als klant of als medewerker. Vandaar dat het functioneren van organisaties veelvuldig onderwerp is van onderzoek. Het bereik van dit onderzoek varieert sterk. Lammers, Mijs en Van Noort (1997, p.70) benoemen deze variatie in onderzoeksscope als 'het landschap, het bos en de bomen'. Landschapsstudies behandelen de maatschappij als totaliteit en organisaties daarin als onderdeel van het landschap. Bosstudies behandelen de organisatiestructuur en ontwikkelingen daarin, tegen de achtergrond van het landschap en bomenstudies bestuderen de actoren *binnen* een organisatie. Het onderhavige onderzoek is duidelijk een 'bosstudie'. Het gaat om het functioneren van zorgverzekeraars in de context van een veranderende omgeving. Deze paragraaf definieert de begrippen 'organisatie' en 'omgeving'.

De organisatie

Lammers e.a. (1997, p.35) definiëren organisaties als 'samenlevingsverbanden met een min of meer hiërarchisch karakter die functioneren op basis van een formeel-rationeel ontwerp met betrekking tot functionalisatie-, coördinatie-, en finalisatieprocessen¹'. Deze definitie is opgebouwd uit de definities van meerdere door hen geciteerde auteurs:

- formele organisaties 'have been deliberately established for a certain purpose' (Blau en Scott, 1962);
- organizations are social units (or human groupings) deliberately constructed and reconstructed to seek specific goals (Etzioni, 1964);
- l'organisation est toujours un système de moyens disposés en vue de certaines fins et la rationalité de l'organisation se juge à son adaptation à ces fins (Touraine, 1965);

¹ Functionalisatie: bewust vormen van taken en taakcomplexen als delen van een groter actiegeheel, dat gericht is op het bereiken van een objectief doel. Coördinatie: het bewust samenvoegen van de functies met betrekking tot het objectieve doel van het geheel. Finalisatie: het bewust betrekken van het totaal van de gecoördineerde functies op een objectief doel.

- any social arrangement in which the activities of some people are systematically planned by other people (who, therefore, have authority over them) in order to achieve some special purpose is called a formal organization (Stinchcombe, 1967);
- een organisatie is de coördinatie van verschillende activiteiten van de individuele participanten om geplande transacties aan te gaan met het milieu (Lawrence en Lorsch, 1974);
- een organisatie produceert goederen en/of verleent diensten. Elke organisatie heeft een invoer–doorvoer–uitvoer principe. Als de grenzen van de organisatie zijn gedefinieerd, is de omgeving al het relevante buiten die grenzen (Hage, 1980).

Samenvattend: 'Organisaties zijn samenlevingsverbanden die bewust geconstrueerd zijn en min of meer regelmatig gereconstrueerd worden, met het oog op processen van functionalisatie, coördinatie en finalisatie, waaraan een formeel vastgelegd en althans qua intentie rationeel ontwerp ten grondslag ligt ten gevolge waarvan bijna altijd een differentiatie tussen ontwerpers en onderworpenen optreedt' (Lammers e.a., 1997, p.34-35).

Voor het onderhavige onderzoeksdoel wordt de hierna volgende definitie gehanteerd. Omdat de focus in dit onderzoek specifiek gericht is op de klantgerichtheid van de organisatie, worden klanten betrokken in de definitie, als specificatie van de te bereiken doelstellingen:

'Organisaties zijn samenwerkingsverbanden die bewust geconstrueerd zijn en gereconstrueerd worden om geplande doelen te bereiken ten behoeve van door de organisatie gekozen klanten'.

Deze definitie omvat de belangrijkste elementen uit de bovenstaande definities: het belang van de relatie tussen de omgeving en de organisatie (doelen bereiken ten behoeve van klanten); het aanpassingsvermogen van de organisatie aan een veranderende omgeving (geconstrueerd zijn en gereconstrueerd worden); de intentionele rationaliteit van handelen (geplande doelen, gekozen klanten); en de noodzaak om samen te werken om doelen te realiseren.

De organisatiestructuur

Mintzberg (1997, p.2) definieert de organisatiestructuur als:

'Het totaal van de verschillende manieren waarop het werk in afzonderlijke taken is verdeeld en de wijze waarop deze taken vervolgens worden gecoördineerd.'

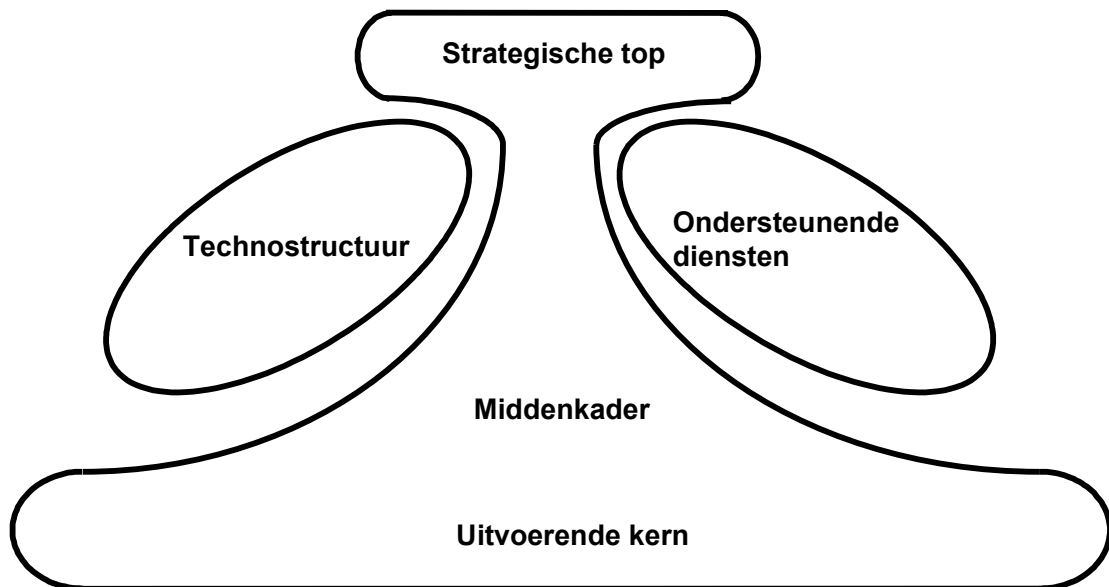
Deze definitie voldoet prima voor dit onderzoek. Van belang zijn de logica van het verdelen van het werk in afzonderlijke taken en de wijze waarop die afzonderlijke taken weer op elkaar worden afgestemd, ten behoeve van het bereiken van het organisatiedoel. Mintzberg (1997, p.28) bouwt de organisatiestructuur op met behulp van negen ontwerpparameters, zie tabel 2.1.

De organisatiestructuur wordt vaak gevisualiseerd in een organogram, waarmee duidelijk wordt hoe de arbeidsverdeling is gerealiseerd: welke posities (functies) bestaan binnen de organisatie, hoe zijn deze posities gegroepeerd en hoe is het formele gezag, de hiërarchie opgebouwd? Mintzberg noemt de belangrijkste ontwikkeling in het ontwerp van organisaties sinds de jaren zestig het ontwerp van de verbindingsmiddelen. Galbraith (1976) heeft deze geordend via een continuüm: van allereenvoudigst (direct contact tussen managers) tot de meest ingewikkelde (de matrixorganisatie). De coördinatie van taken geschiedt volgens Mintzberg via vijf coördinatiemechanismen: onderlinge aanpassing, direct toezicht, standaardisatie van input (vaardigheden), standaardisatie van werkprocessen of standaardisatie van output (resultaten). De organisatiestructuur die uiteindelijk ontstaat, kent bij hem vijf basisonderdelen zoals weergegeven in figuur 2.1: de strategische top, het middenkader, de

technostructuur² en de ondersteunende diensten en de uitvoerende kern.

De ontwerpparameters van Mintzberg	
De individuele posities worden ontworpen met behulp van de ontwerpparameters:	<ol style="list-style-type: none"> 1. taakspecialisatie; 2. formalisatie van gedrag bij de uitvoering van het werk; 3. training en indoctrinatie.
Vervolgens worden de posities gegroepeerd en ontstaat de 'superstructuur' van de organisatie:	<ol style="list-style-type: none"> 4. groepering in eenheden; 5. eenheden van een bepaalde grootte.
Hierna volgt het ontwerp van de laterale overlegstructuren:	<ol style="list-style-type: none"> 6. Via de systemen voor planning en controle wordt prestatiesturing in de organisatie mogelijk; 7. Met verbindingsmiddelen wordt de onderlinge aanpassing tussen organisatieonderdelen gestimuleerd.
De laatste ontwerpparameters hebben te maken met de besluitvorming in een organisatie:	<ol style="list-style-type: none"> 8. verticale decentralisatie; 9. horizontale decentralisatie.

Tabel 2.1: De ontwerpparameters van Mintzberg (1997)



Figuur 2.1: De vijf basisonderdelen van de organisatie volgens Mintzberg (1997, p.12)

² De technostructuur is bij Mintzberg de groep analisten die het werk standaardiseren. 'Ook zij moeten het uitvoerende werk sturen, maar hun taak heeft een ander karakter; zij behoren tot wat men vaak de 'staf' noemt. De technostructuur staat los van de hiërarchie van de lijnmanagers (Mintzberg, 1997, p.10).

De omgeving van een organisatie

Als de blik wordt verruimd naar de omgeving van een organisatie, is de vraag: wat in die omgeving is relevant in de zin dat het invloed heeft op het functioneren en de effectiviteit van een organisatie? In de moderne organisatietheorie wordt de omgeving gedefinieerd als datgene dat buiten de grenzen van de organisatie ligt. Hatch (1997) beschrijft drie manieren om elementen in de omgeving te ordenen en daarmee de omgeving te definiëren: het inter-organisatieel netwerk, de algemene omgeving en de internationale omgeving.

Interorganisatieel netwerk

Een eerste ordening wordt aangebracht door de omgeving van een organisatie te beschouwen als een netwerk van organisaties waarmee een relatie wordt onderhouden. Boonstra e.a (2002, p.31) noemt dit de transactionele omgeving en onderscheidt hierin vijf belangrijke groepen: eigenaren, direct belanghebbenden, werknemers- en werkgeversorganisaties en algemene belangengroepen, zie tabel 2.2.

Interorganisatieel netwerk of transactionele omgeving				
Eigenaren	Direct belanghebbenden	Werknemers	Werkgevers	Belangen-groepen
Aandeelhouders Investeerders Kapitaal- verschaffers	Klanten Concurrenten Handelspartners Toeleveranciers	Vakbonden Werknemers- organisaties	Werkgevers- organisaties	Overheden Toezichthouders Omwonenden Actiegroepen

Tabel 2.2: Interorganisatieel netwerk of transactionele omgeving

Een opmerking van Hatch (1997, p.65-66) bij deze benadering is relevant voor het onderhavige onderzoek: het kan zijn dat de organisatie van waaruit wordt geredeneerd, de middelpuntsorganisatie, eigenlijk niet de centrale organisatie in het netwerk is. De vraag is dan waar de grenzen worden getrokken van het netwerk. Elke organisatie heeft immers weer andere relevante contacten. Een manier om deze vraag te beantwoorden, is de organisatie van waaruit wordt geredeneerd toch centraal te plaatsen, hoewel deze oplossing het gevaar in zich heeft dat zo belangrijke relaties buiten beeld blijven.

Algemene omgeving

De tweede benadering voor het uitvoeren van een omgevingsanalyse en het definiëren van de omgeving is de 'DESTEP-methode'. De omgeving van een organisatie wordt geanalyseerd door te kijken naar de voor de organisatie relevante demografische, economische, sociale, technologische, ecologische en politieke ontwikkelingen. Boonstra (2002, p.28-29) noemt dit de contextuele omgeving waarin hij vijf componenten onderscheidt: economische, politieke, technologische, sociaal-maatschappelijke en fysieke factoren, zie tabel 2.3.

Internationale omgeving

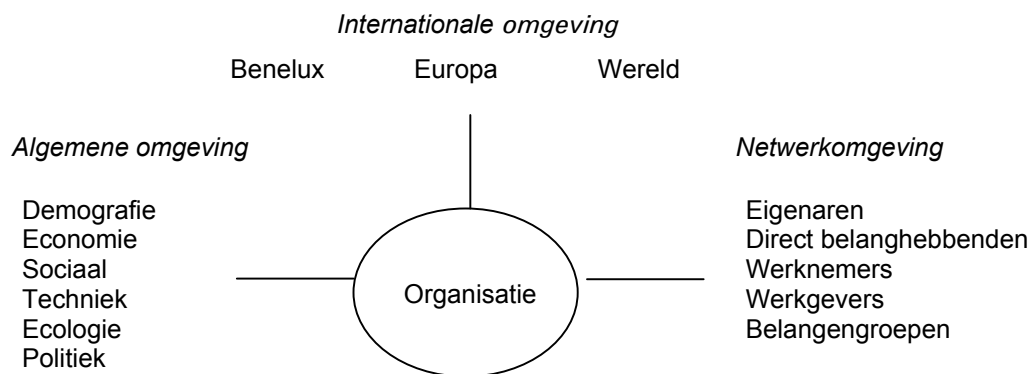
De bovenstaande benaderingen kunnen zowel een nationale als een internationale scope hebben. Toch vermeldt Hatch (1997) expliciet een derde benadering, namelijk het feit dat ook relevante internationale ontwikkelingen de omgeving van een organisatie bepalen. Er zijn bijna geen (grotere) organisaties meer die niet beïnvloed worden door 'Europa' of door

ontwikkelingen op wereldniveau. Denk bijvoorbeeld aan de effecten van de boekhoudschandalen in Amerika in 2002 op wet- en regelgeving in Nederland. Het betrekken van het internationale aspect bij een omgevingsanalyse maakt nog weer meer en nieuwe dimensies zichtbaar die van invloed zijn op een organisatie.

Deze drie benaderingen gecombineerd geven een vrij volledig beeld van de omgeving waarin een organisatie functioneert, zoals figuur 2.2 laat zien.

Algemene of contextuele omgeving				
Economische context	Politieke context	Technologische context	Sociaal-maatschappelijke context	Fysieke context
Conjunctuur Nationaal en individueel besteedbaar inkomen Monetair beleid Et cetera	Wet- en regelgeving	ICT Nieuwe productietechnologie Nieuwe grondstoffen Prijzen van grondstoffen Et cetera	Demografische ontwikkelingen: groei, omvang, samenstelling, opleidingsniveau, spreiding en mobiliteit van de bevolking Waarden en normen Et cetera	Effect op de beschikbaarheid en toevoer van grondstoffen, productiemethoden en distributie Et cetera

Tabel 2.3: Algemene of contextuele omgeving



Figuur 2.2: De organisatie en de omgeving

De postmoderne organisatietheorie problematiseert de scheiding tussen organisatie en omgeving overigens door te wijzen op de 'boundaryless organization' en door concepten als de netwerkorganisatie en de virtuele organisatie te introduceren. De grens tussen organisatie en omgeving is dan niet zo gemakkelijk te trekken.

Waardering van de omgeving

Om de invloed van de omgeving op een organisatie te kunnen analyseren, is het nodig een waardering aan die omgeving toe te kennen. Hiervoor worden in dit onderzoek de dimensies van Mintzberg (1997, p.142-144) gebruikt, zie tabel 2.4.

Dimensies van de omgeving van een organisatie	
Dimensie	Definitie
Stabiele versus dynamische omgeving	De turbulentie in de omgeving (dynamiek in de terminologie van Mintzberg) geeft volgens Boonstra aan in welk tempo wijzigingen optreden in coalitievorming en in opvattingen en optreden van de actoren (Boonstra, 2002, p.30). De omgeving is turbulent als ontwikkelingen zich onvoorspelbaar en in hoog tempo voordoen en een grote invloed op het functioneren van organisaties uitoefenen (Boonstra, 2002, p.29).
Simpele versus complexe omgeving	Mintzberg definieert simpel versus complex in termen van noodzakelijke kennis die noodzakelijk is om de output van een organisatie te produceren: deze is voorhanden en relatief eenvoudig (simpele omgeving), deze is slechts beschikbaar door kennis van verschillende bronnen te combineren of nog te vergaren (complexe omgeving). Boonstra beschouwt ook de hoeveelheid actoren waarmee de organisatie te maken heeft en de hoeveelheid interactie tussen deze actoren. De omgeving is complex als veranderingen elkaar sterk beïnvloeden en veel kennis noodzakelijk is om het effect van deze veranderingen op de organisatie te voorspellen.
Geïntegreerde versus gediversifieerde markten	Geïntegreerde markt: bijvoorbeeld één afnemer, één soort klanten Gediversifieerde markt: veel soorten klanten, breed productenscala, verschillende geografische gebieden.
Gunstig gezinde versus vijandig gestemde omgeving	Gunstig gezind: de omgeving is vriendelijk Vijandig: wordt bepaald door de mate van concurrentie, de betrekkingen met belangrijke actoren en de beschikbaarheid van middelen.

Tabel 2.4: Dimensies van de omgeving van een organisatie (Mintzberg, 1997 en Boonstra, 2002)

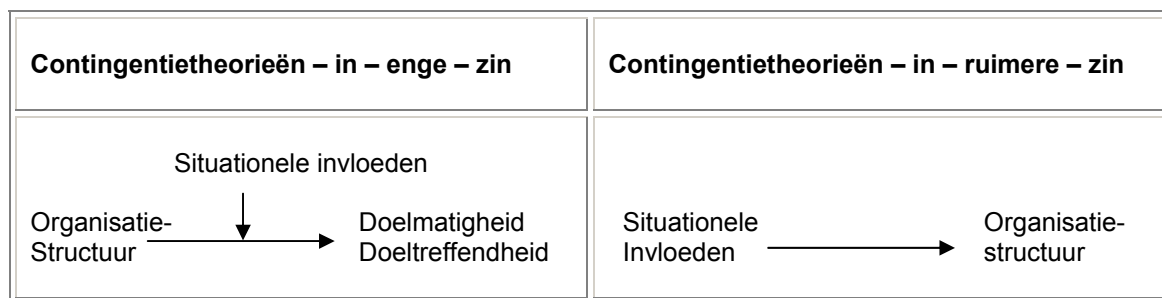
2.2. De organisatie in haar omgeving

In de organisatiesociologie en organisatiekunde zoekt men dikwijls naar de 'beste' of 'de meest effectieve' organisatiestructuur, gegeven een bepaalde omgeving. Vóór de jaren vijftig behandelde de klassieke managementtheorie een organisatie alsof deze los van een omgeving opereerde. De organisatie zelf was onderwerp van onderzoek. Deze gesloten-

systeemopvatting werd in de jaren '50-'60 vervangen door de open systeem theorie. Er zijn vervolgens twee perioden aan te wijzen waarin de relatie organisatie-en-omgeving werd uitgediept. De eerste periode heeft geleid tot de uitwerking van de contingentietheorie, die stelt dat organisaties afhankelijk van hun taakstelling en omstandigheden verschillend ingericht dienen te zijn om optimaal te kunnen functioneren. De tweede periode begint eind jaren zeventig en loopt door tot heden. Tegenwoordig wordt het belang van de omgeving voor organisaties algemeen erkend. Onderzoek richt zich op de wijze waarop deze invloed zich laat gelden binnen organisaties. Deze tweede periode heeft drie stromingen opgeleverd ten aanzien van de wijze waarop de relatie tussen organisatie en omgeving wordt geanalyseerd: de 'resource dependence theorie', de 'population ecology' en de 'institutional theory' (Hatch, 1997). Hierna wordt eerst de contingentietheorie besproken en de kritiek die hierop is geformuleerd. Daarna worden de drie andere stromingen kort beschreven.

2.2.1. De contingentietheorie

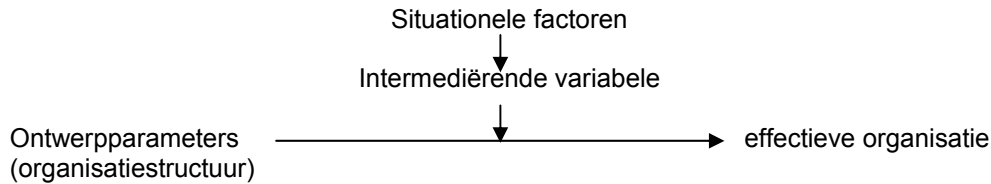
De 'contingentie-theorie' stelt dat een bepaald type organisatie slechts in bepaalde omstandigheden effectief en/of efficiënt is. Contingentie betekent letterlijk: 'bepaaldheid door geval of toeval'. In het werk van Lammers e.a. (1997) wordt onderscheid gemaakt in contingentietheorieën-in-enge-zin en contingentietheorieën-in-ruimere-zin, zie figuur 2.3.



Figuur 2.3: Contingentietheorie in enge en in ruimere zin. Bron: Lammers, Mijs en Van Noort, 1997, p.599

De eerste en oorspronkelijke versie van het contingentie-denken is verwoord door Lawrence en Lorsch (1967), die zich baseerden op eigen onderzoek en op dat van Woodward (1958) en Burns en Stalker (1961). Lawrence en Lorsch weerspraken de opvatting dat er 'one best way of management' bestaat. Zij gaven aan dat de *effectieve* bedrijfsorganisatie qua regime moet zijn afgestemd op de mate van diversiteit, onzekerheid en complexiteit van de omgeving en op de aard van de toegepaste technologie. De tweede stroming heeft het niet over de effectiviteit van een organisatie, maar over de impact van de situationele factoren op de *organisatiestructuur*. Naast de omgeving en de technologie worden ook meer contingentiefactoren in het onderzoek betrokken. Het onderscheid tussen deze theorieën berust dus op een verschillende vraagstelling: De contingentietheorie-in-enge-zin voorspelt dat een gegeven organisatietype onder bepaalde situatiemarken effectief zal functioneren, maar onder andere voorwaarden niet zal voldoen. De contingentietheorie-in-ruimere-zin kijkt naar de effecten van de situationele invloeden op de organisatiestructuur *sec*. Hoe kan verklaard worden dat in situatie X organisatiestructuur Y het dominante organisatiepatroon wordt? (Lammers e.a., 1997, p.600). Mintzberg (1997, p.128-129) voegt hier nog de zogenaamde intermedierende variabelen aan toe. De situationele factoren beïnvloeden de ontwerpparameters via intermedierende variabelen: de doorzichtigheid van het werk, de voorspelbaar-

heid van het werk, de diversiteit van het werk en de snelheid waarmee de organisatie moet reageren op de omgeving. Schematisch is dit weergegeven in figuur 2.4.



Figuur 2.4: Situationele factoren werken via intermediërende variabelen

Kritiek op de contingentietheorie

De contingentietheorie is niet onomstreden gebleven. Zoals hiervoor is toegelicht lijkt het er namelijk op alsof de genoemde omgevingsfactoren via een soort wiskundige formule automatisch leiden tot een effectieve en efficiënte organisatiestructuur. Dat is natuurlijk niet het geval. De meer fundamentele bedenkingen tegen de contingentietheorie ordenen wij via drie vragen: wat is eigenlijk een *effectieve* organisatie, leiden de situationele factoren *altijd* tot een bepaalde organisatiestructuur en is de contingentietheorie altijd en in elke branche toepasbaar?

Wat is een effectieve organisatiestructuur?

Het adequaat functioneren van een organisatie wordt in figuur 2.3 geconcretiseerd met de begrippen doeltreffendheid en doelmatigheid. Dit zijn echter begrippen waarvan meerdere definities mogelijk zijn. Hatch (1997) stelt dat de resultaten van een organisatie überhaupt moeilijk meetbaar zijn, omdat daarvoor meerdere prestatie-indicatoren in aanmerking komen. Denk bijvoorbeeld aan de doelmatigheid in de productie, marktaandeel, kwaliteit, sociale verantwoordelijkheid, het realiseren van strategische doelen of de mate van milieuvervuiling. Zelfs een schijnbaar objectief begrip als 'winst' is al onderwerp van theorievorming³. Hatch stelt dan ook: 'There is very little objectivity in management, when you get right down to it. And it is difficult to imagine how any theory of organizational performance can ever be proved right or wrong by comparison with empirical evidence, when the evidence is itself the product of other theories and of social practices that are developed by other organizations' (Hatch, 1997, p.6). Ook Lammers e.a. (1997, p.295) concluderen dat de criteria waaraan men het succes afmeet van 'goed' op de omgeving afgestemde organisaties, genuanceerd behandeld moeten worden.

Leiden situationele factoren wel tot een bepaalde organisatiestructuur?

Er zijn voldoende voorbeelden bekend van organisaties die zich in het geheel niet, niet logisch of slechts heel langzaam aanpassen aan veranderende omgevingseisen. Hiervoor zijn verschillende verklaringen gegeven, die zowel in de omgeving als binnen de organisatie kunnen liggen.

Organisaties die weinig concurrentie te duchten hebben bijvoorbeeld, zijn voor hun levensvatbaarheid niet altijd afhankelijk van hun prestatiepeil. Denk aan de Nederlandse Spoorwegen of aan de PTT voordat hun monopoliepositie werd opgeheven. In die zin heeft de omgeving niet altijd de macht om organisaties te dwingen hun organisatiekenmerken aan

³ Een verslag van een debattenreeks (De Boer, 1999, p.20) geeft bijvoorbeeld al drie financieel getinte definities: uitkeringen van dividend, reserveringen in het belang van de continuïteit van de onderneming, of geld dat door een kapitaalkrachtige klantenkring wordt opgehoest en waarvan minder koopkrachtige klanten kunnen profiteren. Daarnaast zijn in de gezondheidszorg ook 'gezondheids-winst' of 'winst in levensjaren' of 'wachtijdwinst' relevante prestatie-indicatoren.

te passen: een organisatie wordt dan namelijk niet gestraft voor een ineffectieve of inefficiënte organisatiestructuur.

Managers hebben daarnaast verschillende opties om hun bedrijf aan te passen aan de omgeving (functionele alternatieven). Soms zijn bepaalde organisatiestructuren 'in de mode'. Bedrijven passen deze dan toe ook als dit niet gewenst is, onder invloed van inzichten van vakliteratuur of organisatieadviesbureaus. Organisaties gaan zo op elkaar lijken. Het management kan daarnaast proberen om de omgeving aan te passen aan het bedrijf, bijvoorbeeld door te lobbyen of door de vraag naar een product zelf te creëren of te stimuleren. Het is dus zeker niet zo dat de situationele factor X per definitie leidt tot organisatiestructuurkenmerk Y.

Pennings (1989) stelt dat de contingentietheorie-in-enge-zin uitgaat van een 'intentioneel rationalistische inslag': bij de leiding wordt een rationeel aanpassingsstreven voorondersteld. De neo-institutionalisten benadrukken de feitelijke non-rationaliteit van de op het oog zo duidelijk op modernisering, zakelijkheid, efficiency en effectiviteit gerichte meso- en macroprocessen van bureaucratische 'rationalisering'. Deze moderniseringsprocessen zijn eerder non-rationeel, irrationeel of zelfs disfunctioneel. Als het partijen-model als analyse-model wordt gehanteerd, wordt bovendien zichtbaar dat de interne of externe machtsverhoudingen zodanig kunnen zijn, dat een organisatie ook niet die structuur krijgt die het best passend is gezien de situationele factoren.

Tot slot, organisaties dragen veelal het stempel van de tijd van hun oprichting. Zij hebben niet alleen een eigen leven, maar ook een *taai* eigen leven. Dit fenomeen staat bekend als het historisch insigne van Stinchcombe (1965). Organisaties behouden hun oorspronkelijke karakter door het institutionaliseringsproces: 'organisaties ontwikkelen een eigen ideologie, welke een uitleg en rechtvaardiging van de interne orde verschaft, de externe betrekkingen stabiliseert en van pas komt voor de socialisatie en inspiratie van de organisatiegenoten' (Lammers e.a., 1997, p.351). Er zijn dus diverse belemmeringen voor een snelle en rationele aanpassing van de organisatie aan (veranderende) omgevingseisen.

Is de contingentietheorie altijd toepasbaar?

De contingentietheorie is ontwikkeld door middel van onderzoek in de industriële sector. Toepassing van de contingentietheorie in andere sectoren vereist dan ook enkele nuances.

Organisaties die geen winstoogmerk hebben zijn vaker en duidelijker gericht op een grote(r) diversiteit van doelen. Daarom is het zinvol om voor verschillende organisatieonderdelen verschillende criteria voor doeltreffendheid te gebruiken. Afdeling A kan prioriteit geven aan het verlenen van uitstekende service, terwijl afdeling B de nadruk legt op doorlooptijden en kostenreductie. Als organisaties geen winstdoelstelling hebben zal doelmatig handelen (gedefinieerd als het elimineren van verkwisting) wel van belang zijn, maar efficiencywinst zal dan eerder leiden tot verruiming of verbetering van de taakuitoefening dan tot het reduceren van de kostprijs. Doelmatigheid en doeltreffendheid in andere sectoren dan de industriële sector kunnen om deze redenen tegenstrijdige criteria zijn.

Kastelein e.a. (1977) hebben de contingentietheorie toegepast op de overheidssector. Zijn onderzoeksresultaten kunnen op twee manieren worden geïnterpreteerd. Kastelein zelf acht het waarschijnlijk dat de eigen aard van overheidsorganisaties⁴ leidt tot het feit dat deze slechts met grote vertraging bij te stellen zijn aan veranderende omgevingskenmerken. Lammers e.a. (1997, p.303) formuleren als mogelijke verklaring de 'bierkaai'-hypothese; organisatieonderdelen in de overheidssector die in een onzekere omgeving non-routinetaken verrichten, zijn vaak niet opgewassen tegen de problemen. Zij vechten letterlijk tegen de bierkaai. Er wordt dan wel degelijk efficiënt gewerkt. De 'ineffectiviteit' vloeit vooral voort uit de overspannen verwachtingen die er bestaan ten aanzien van dergelijke overheidsinstan-

⁴ De eigen aard van overheidsorganisaties behelst onder andere: het functioneren binnen een strak wettelijk kader, de rechtspositie van het personeel, de vele algemene voorschriften en regels en de betrekkelijk korte termijnblik van 4 jaren van bewindslieden.

ties. Van Doorn (1980) onderscheidt kwantitatieve overbelasting (het stelen van fietsen is door de politie niet tegen te gaan), kwalitatieve overvraging (de problemen zijn te complex voor beleid, bijvoorbeeld het oplossen van de werkloosheid) en culturele of morele overvraging, voortkomend uit intrinsieke onmacht (curatieve gezondheidszorg).

Ook deze toepassingen van de contingentietheorie leiden dus tot de conclusie dat er verschillende meningen kunnen bestaan over de vraag of de organisatie 'goed' is afgestemd op de omgeving, omdat mensen een verschillend belang hechten aan de diverse doelstellingen die de overheid moet nastreven.

Overige kritiekpunten

De Leeuw (in Otto, 2000) somt nog een reeks kritiekpunten op de contingentietheorie op. De contingentietheorie heeft een statisch karakter. Het is een 'fit'-theorie; ze gaat over de vraag van passende structuren. Er wordt geen aandacht besteed aan de overgang van de ene naar de andere structuur, aan leerprocessen en aan de transformatie van organisaties. De contingentietheorie is een mensloze theorie. De invloed van machtsverhoudingen en cultuur op een organisatiestructuur komen niet aan bod. De contingentietheorie is bovendien een passieve theorie. De Leeuw stelt dat er altijd keuzemogelijkheden zijn, dat de structuur niet deterministisch wordt bepaald. Tot slot memoreert De Leeuw een methodologische kritiek op de contingentietheorie: de kenmerken van de omgeving worden doorgaans gemeten met behulp van vragenlijsten aan managers. Hiermee meet je echter niet de omgevingskenmerken maar de perceptie van managers over die omgevingskenmerken. Een laatste probleem signaleert De Leeuw in het beschrijvende empirische karakter en het voorschrijvende karakter van de theorie.

Adler e.a (1996) heeft als kritiek dat de contingentietheorie weinig voorspellende waarde heeft. Het is goed mogelijk om onderzoek te doen naar het voorkomen van bepaalde fenomenen onder bepaalde omstandigheden, maar, zo vraagt hij zich af, is het ook mogelijk om vanuit bepaalde omstandigheden te voorspellen welke fenomenen daaruit voortvloeien? Met andere woorden: de contingentietheorie is geschikt om te verklaren, maar hoe geschikt is zij om te voorspellen?

Kortom, toepassing van de contingentietheorie bij deze onderzoeksvraag kan niet zonder aan bovenstaande kritiekpunten aandacht te besteden: ze zijn in meer of mindere mate ook van toepassing op deze gevalsstudie. Voordat besloten wordt deze theorie dan maar buiten beschouwing te laten, wordt gekeken naar alternatieven om de relatie tussen organisatie en omgeving te analyseren.

2.2.2. Andere benaderingen

Er zijn nog andere benaderingen om de relatie tussen een organisatie en zijn omgeving te analyseren. Deze hebben elk een verschillend vertrekpunt van analyse: redenerend vanuit de organisatie of vanuit de omgeving. Zij hebben ook een verschillende visie over de macht van een organisatie. Kan een organisatie de omgeving beïnvloeden of is de organisatie overgeleverd aan die omgeving? Hatch (1997) raadt aan om de analyse van de omgeving van een organisatie op verschillende wijzen aan te vangen en achtereenvolgens verschillende brillen op te zetten. We belichten hierna kort de resource dependence theorie, de population ecology theorie en de institutionele theorie.

Resource dependence theorie

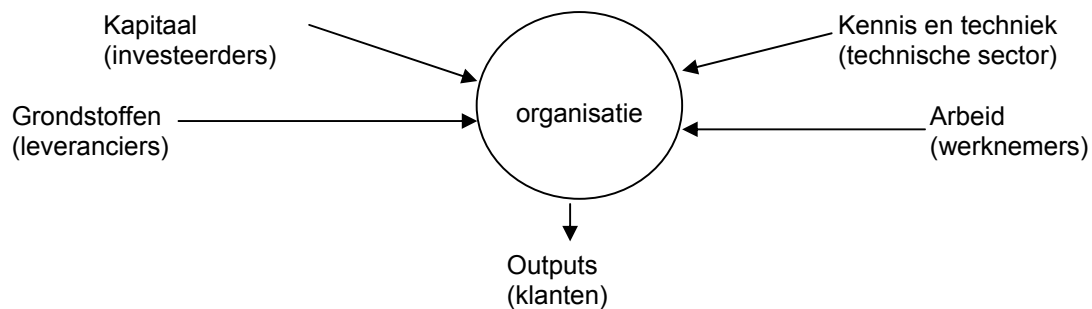
In de resource dependence theorie is niet de organisatie, maar de organisatieomgeving het voornaamste onderzoeksobject: 'A good deal of organizational behaviour, the actions taken by organizations, can be understood only by knowing something about the organization's

environment and the problems it creates for obtaining resources' (Pfeffer en Salancik, 1978). 'Problems arise not merely because organizations are dependent on their environment, but because this environment is not dependable. ... When environments change, organizations face the prospect either of not surviving or of changing their activities in response to these environmental factors'.

De omgeving wordt dus geanalyseerd vanuit het perspectief van de organisatie. De vooronderstelling van deze theorie is dat organisaties van elkaar afhankelijk zijn voor het verkrijgen van hulpbronnen. Pfeffer benadrukt de asymmetrie in deze afhankelijkheidsrelaties ofwel de machtsverhoudingen. Er zijn concurrentie-afhankelijkheden (organisaties strijden om dezelfde hulpbronnen) en symbiotische afhankelijkheden (de uitvoer van de ene organisatie is de invoer van de andere) (Pfeffer en Salancik, 1978). Een resource dependence analyse begint daarom met vast te stellen welke (hulp-)middelen (grondstoffen, kapitaal, arbeid, kennis, techniek, producten) een organisatie nodig heeft en koppelt deze aan de bronnen (sources). Gecombineerd met het open systeem model (input en output van de organisatie) en het interorganisationale netwerkmodel, kan figuur 2.5 worden gemaakt.

Deze analyse geeft inzicht in de machtsverhoudingen en afhankelijkheden van een organisatie met de relevante omgevingsactoren. Een volledige analyse hiervan kan te veel omvattend zijn. Een praktische oplossing is de analyse te beperken tot de kritieke en de schaarse (hulp-)middelen.

Het vervolg van deze analyse is het zoeken naar manieren om deze afhankelijkheden op een voor de organisatie gunstige wijze te beïnvloeden en te beheersen. Pfeffer en Salancik doen hiervoor enkele suggesties aan de hand: de beïnvloeding van klanten, leveranciersbeleid, personeelsbeleid, aankoopbeleid, fusies, persoonlijke en/of formele relaties opbouwen, lobbyen, belangenbehartiging organiseren, enzovoort. Een organisatie kan er ook voor kiezen van omgeving te veranderen, door andere markten te kiezen en/of andere producten te gaan produceren (diversificeren). Deze benadering beschouwt de organisatie als een actieve speler ten aanzien van de omgeving en omgevingsinvloeden.



Figuur 2.5: Middelen gecombineerd met bronnen in het interorganisatieel netwerk. Bron: Hatch, 1997, p.79

Population Ecology

Een tweede stroming, van Amerikaanse origine (Hannan, Freeman, Aldrich), bekijkt de relatie omgeving – organisatie vanuit het perspectief van de omgeving. Niet één organisatie is onderwerp van onderzoek, maar het succes of falen van alle organisaties die strijden om één bepaald middel. Net als Darwin's 'survival of the fittest' gaat deze theorie er van uit dat de omgeving de macht heeft om de beste organisaties te selecteren. Alleen de organisaties die het best de behoeften en wensen van de omgeving dienen, kunnen beschikken over de benodigde middelen. Deze benadering benoemt expliciet dat managers de resultaten van hun organisatie niet altijd volledig kunnen beïnvloeden: er bestaat ook nog zoiets als geluk, kansen of noodlot.

Deze benadering is bruikbaar in een sterk concurrerende omgeving, maar minder bruikbaar in een omgeving waar weinig concurrentie bestaat. Als het intreden van nieuwe ondernemingen wordt belemmerd door hoge entreekosten, door uitgebreide wetgeving of door een oligopolie, kan met dit model minder verklaard worden. Een tweede nadeel van deze benadering is de definitie van 'fitness'. Hatch stelt dat hier sprake kan zijn van een tautologie; 'survival is explained by fitness, but fitness is defined as survival' (Hatch, 1997, p.83). Een derde nadeel is dat deze benadering uitgaat van de op enig moment bestaande organisaties. Het is in theorie mogelijk dat de meest effectieve organisatie hier niet bij zit, simpelweg omdat deze nog niet bestaat.

Deze benadering verklaart waarom er zoveel verschillende soorten organisaties zijn en verklaart de invloeden van de technische, fysieke en economische factoren op een organisatie. Deze benadering ziet de organisatie als passief, reagerend op de omgeving.

Institutionele theorie

In het geval dat technische of economische behoeften van de omgeving domineren, opereren organisaties in een markt of een quasi-markt. Als sociale of culturele behoeften domineren, vraagt de omgeving aan een organisatie om een bepaalde rol te spelen. In het eerste geval worden effectiviteit en efficiency van de organisatie beloond. In het tweede geval worden organisaties beloond die bepaalde normen en waarden hoog houden. Een omgeving die geïnstitutionaliseerd is kan sterke eisen stellen aan hoe een organisatie er uit zou moeten zien en zou moeten functioneren.

Deze benadering verklaart waarom zoveel organisaties op elkaar lijken. Zij verklaart ook de invloeden van de sociale, culturele, politieke en wettelijke sectoren van de omgeving. Deze benadering ziet de organisatie als meer passief, reagerend op de omgeving. Als een omgeving vergaand geïnstitutionaliseerd is, veel regels en verwachtingen heeft ten aanzien van het functioneren om sociale legitimiteit te verkrijgen is het verstandig om deze benadering als startpunt kiezen.

Conclusie

Lammers e.a. (1997, p.614-620) concluderen dat het verband tussen organisatie en omgeving goed verklaard kan worden met de uitgebreide configuratiehypothese van Mintzberg. Er zijn in het bedrijfsleven, maar ook bij overheids- en non-profitinstellingen processen werkzaam die ertoe leiden dat zo'n congruentie ook daadwerkelijk tot stand komt: door rationele adaptatie en/of door imitatie van succesvolle voorbeelden en/of door eliminatie van onaangepaste organisaties. De kritische stellingname van het neo-institutionalisme en van de ecologie van de organisatiepopulaties tegen de contingentietheorie heeft niet geleid tot het verwerpen van deze theorie. Er is eerder sprake van een aanscherping en uitbreiding van het arsenaal van complementaire theoriecomplexen dat zich richt op het verband tussen organisatie en omgeving. Daar waar het contingentiedenken minder geschikt is als verklaring, bijvoorbeeld als een harde toetssteen voor de doeltreffendheid en doelmatigheid ontbreekt, als marktmechanismen ontbreken of zwak zijn, als organisaties meerdere doelen nastreven of als de staat vergaand regulerend optreedt, kunnen de nieuwe benaderingen meer licht op de zaak werpen.

2.2.3. Effectieve organisatiestructuren

Nu de begrippen organisatie en omgeving zijn gedefinieerd en de relatie tussen beide is belicht, kan gekeken worden naar de juiste fit, namelijk naar bewezen effectieve organisatiestructuren. Lammers e.a. (1997, p.599) gebruiken het ordenend kader van Kieser en Kubicek (1992) om de situationele factoren in een overzicht te plaatsen, zie tabel 2.5.

Externe situationele factoren:	Interne situationele factoren:
<ul style="list-style-type: none"> • Taakomgeving • Externe machts- en afhankelijkheidsverhoudingen • Nationale cultuur • Institutionele cultuur 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionele taakstelling • Ondernemingsstrategie • Bewerkings- en informatietechnologie • Omvang • Ouderdom

Tabel 2.5: Externe en interne situationele factoren

Op welke wijze hebben deze situationele factoren nu invloed op de organisatiestructuur en op de effectiviteit van een organisatiestructuur? Of: hoe wordt een effectieve organisatiestructuur ontworpen? De grondleggers van de contingentietheorie (onder andere Woodward, Burns en Stalker en Lawrence en Lorsch) hebben enkele inzichten geformuleerd over de invloed van de omgeving op de organisatievorm en de effectiviteit van die organisatievorm.

Lawrence en Lorsch (1967) benadrukken het belang van de taakomgeving voor een effectieve organisatie door de introductie van de begrippen 'differentiatie' en 'integratie'. Zij stellen dat de inrichting van de organisatie en de instelling van het personeel moeten worden afgestemd op de vereisten van die taakstelling. Zo ontstaan organisatieonderdelen die specifiek zijn toegerust voor hun taak en die zijn afgestemd op het voor hen relevante deel van de omgeving. Lawrence en Lorsch vermoedden dat het onzekerheidsgehalte van de kennis en informatie waarmee men moet werken voor een succesvolle taakuitoefening zeer uiteenlopende eisen stelt aan de inrichting van het betreffende organisatieonderdeel en aan de betrokkenheid van het personeel (wat betreft hun doelgerichtheid, tijdsperspectief en houding ten opzichte van de tussenmenselijke betrekkingen op de afdeling). Voor een productie-, verkoop- en researchafdeling tekenden zij de volgende verschillende veronderstellingen op. Onderzoek bij zes bedrijven in de kunststoffenindustrie bevestigden deze veronderstellingen grotendeels, zie tabel 2.6.

Differentiatie is echter maar één kant van de medaille. Een effectief functionerende organisatie vergt ook een goede integratie: dit betekent coördinatie tussen de organisatieonderdelen. Naarmate een organisatie met meer onzekerheid in relevante omgevingssectoren te kampen heeft, is niet alleen meer coördinatie, maar ook een grotere variëteit aan coördinatiemiddelen noodzakelijk, stellen Lawrence en Lorsch.

	Productie	Verkoop	Research
Onzekerheidsgehalte omgeving	Weinig	Matig	Veel
Structureringsorganisatieopbouw	Veel	Matig	Weinig
Doelgerichtheid	Doelmatig werken	Marktproblemen	Wetenschapsbeoordeling
Tijdsperspectief	Kort	Kort	Lang
Omgangsoriëntatie	Taakgericht	Relatiegericht	Taakgericht

Tabel 2.6: Veronderstellingen van Lawrence en Lorsch over organisatie- en oriëntatiekenmerken van diverse bedrijfsafdelingen (Lammers e.a., 1997, p.164, uit Lawrence en Lorsch, 1967, hoofdstuk 2)

Woodward (1958) vond een relatie tussen de organisatievorm en het prestatiepeil, afhankelijk van de mate van technologische complexiteit (enkel-, massa-, en proces-fabricage). Worden in een bedrijf grote series van een enkel goed of slechts één standaard-product vervaardigd, dan is er een gerede kans dat toepassing van de scientific managementregels gepaard gaat met economisch succes. Kieser en Kubicek stellen dat in de oudere literatuur het verband tussen technologie en een effectieve organisatiestructuur nogal rechtlijnig wordt voorgesteld. Er zijn meer wegen die naar Rome leiden. Kieser en Kubicek vatten de functionele alternatieven voor het organiseren van arbeidsprocessen samen in twee fundamenteel verschillende benaderingswijzen: een technocentrisch productieconcept en een antropocentrisch productieconcept. Het technocentrische productieconcept stelt voor dat geautomatiseerd wordt wat maar kan; de menselijke arbeid wordt geminimaliseerd. Wat aan werk over blijft wordt gesplitst in ongeschoolde routinearbeid en in hooggeschoold specialistisch werk. Het antropocentrische productieconcept stelt dat meer productiviteit wordt bereikt door minder arbeidsdeling. Dit idee is verder uitgewerkt in de sociotechniek (De Sitter, 1981).

Lammers e.a. (1997, p.485) stellen dat weliswaar verschillende namen zijn geïntroduceerd voor de verschillende in de praktijk voorkomende typen organisaties, maar dat 'bij een voldoende aantal auteurs een voldoende mate van convergentie in de omschrijvingen van deze typen te vinden is om te kunnen concluderen dat het hier geen serie toevalstreffers betreft, maar het cumulatief product van onderzoek en theorievorming'. Daarom wordt hier volstaan met de typologie van Mintzberg voor effectieve structuren.

De configuraties van Mintzberg

De situationele - of contingentiefactoren gaan volgens Mintzberg samen met een specifieke invulling van de ontwerpparameters. Hij noemt als contingentiefactoren: de leeftijd en de omvang van de organisatie, het technische systeem dat wordt gebruikt, dimensies van de omgeving waarin de organisatie functioneert (stabiliteit, complexiteit, diversiteit van de markten en vijandigheid) en de machtsrelaties van de organisatie. Hij formuleert vervolgens hypothesen die deze relatie uitdrukken, zie tabel 2.7.

Hypothesen van Mintzberg	
Leeftijd	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe ouder de organisatie, hoe sterker geformaliseerd het gedrag. 2. De structuur weerspiegelt het tijdperk waarin de bedrijfstak ontstaan is.
Omvang	<ol style="list-style-type: none"> 3. Hoe groter de organisatie, hoe uitgebreider de structuur (gespecialiseerdere taken, gedifferentieerdere eenheden en een meer ontwikkelde bestuurlijke component). 4. Hoe groter de organisatie, hoe groter de eenheden gemiddeld zullen zijn. 5. Hoe groter de organisatie, hoe sterker het gedrag geformaliseerd wordt.
Technisch systeem: de instrumenten die in de uitvoerende kern	<ol style="list-style-type: none"> 6. Hoe sterker regulerend het technische systeem, hoe meer geformaliseerd het uitvoerende werk en hoe bureaucratischer de structuur van de uitvoerende kern.

Hypothesen van Mintzberg	
worden gebruikt om input in output om te zetten	<p>7. Hoe geavanceerder (moeilijk te begrijpen) het technische systeem, hoe uitgebreider de structuur voor de werkzaamheden van niet-uitvoerende aard, hoe groter en professioneler de ondersteunende diensten, hoe sterker de selectieve decentralisatie (naar die diensten toe) en hoe meer gebruik wordt gemaakt van verbindingsmiddelen (om het werk van het ondersteunend personeel te coördineren).</p> <p>8. Door automatisering van de uitvoerende kern wordt een bureaucratische bestuurlijke structuur getransformeerd in een organische structuur.</p>
Omgeving	<p>9. Hoe dynamischer de omgeving, hoe organischer de structuur.</p> <p>10. Hoe complexer de omgeving, hoe gedecentraliseerder de structuur.</p> <p>11. Hoe gediversifieerder de markten van de organisatie, hoe sterker zij geneigd zal zijn om zich op te splitsen in marktgeoriënteerde eenheden (bij gunstige schaalvoordelen).</p> <p>12. Extreme vijandigheid in de omgeving zet de organisatie ertoe aan haar structuur tijdelijk te centraliseren.</p> <p>13. Een weinig uniforme omgeving is een stimulans voor de organisatie om selectief te decentraliseren naar gedifferentieerde werkconstellaties.</p>
Macht	<p>14. Hoe sterker de externe controle waaraan de organisatie onderhevig is, hoe gecentraliseerder en geformaliseerder haar structuur.</p> <p>15. De behoefte aan macht van de leden van de organisatie leidt tot structuren die bovenmatig sterk gecentraliseerd zijn.</p>

Tabel 2.7: Hypothesen van Mintzberg (Mintzberg, 1997, p.127 – 159)

Een effectieve organisatiestructuur vereist dat situationele factoren en ontwerpparameters nauw op elkaar zijn afgestemd (de congruentiehypothese). De configuratiehypothese stelt dat een effectieve structuur interne consistentie tussen de ontwerpparameters vereist. Deze hypothesen gecombineerd leveren de uitgebreide configuratiehypothese op: 'bij een effectieve structuur is consistentie tussen de ontwerpparameters én de contingentiefactoren noodzakelijk' (Mintzberg, 1997, p.128).

Het ontwerpproces leidt tot vijf mogelijke configuraties (de missionaire en de politieke configuratie van Mintzberg blijven hier buiten beschouwing), die volgens Mintzberg voldoende zijn om te verklaren waarom effectieve organisaties gestructureerd zijn zoals zij gestructureerd zijn. Een configuratie wordt gevormd door een natuurlijk cluster van situationele factoren, coördinatiemechanismen en een bepaalde invulling van de ontwerpparameters, zoals in tabel 2.8 te zien is. De vijf basisstructuren die een organisatie kan aannemen zijn volgens Mintzberg de eenvoudige structuur, de machinebureaucratie, de professionele bureaucratie, de divisiestructuur en de adhocratie.

Strikwerda (2000) uit kritiek op deze typologie door te stellen dat deze indeling van organisaties in de praktijk van doeners en makers geen rol speelt. Het is een te zeer vanuit een observatorstandpunt gedreven typologie. Mintzberg gaat volgens Strikwerda onterecht uit van de driedeling 'strategic apex - middle line - operating core' en denkt Tayloriaans door het denkwerk buiten de operatie, in de technostructuur te plaatsen (Strikwerda, 2000, p.38). Bovendien zijn de coördinatiemechanismen van Mintzberg onvolledig omdat hij niet de

coördinatiemechanismen noemt die op de gedragswetenschappelijke mechanismen in sociale systemen zijn gebaseerd.

Voor het onderhavige onderzoeksdoel is de typologie van Mintzberg echter goed bruikbaar. De onderzoeker is in dit onderzoek immers een observator en geen maker van een nieuwe organisatiestructuur.

Vijf effectieve configuraties volgens Mintzberg			
Configuratie	Situationele factoren	Voornaamste organisatiedeel	Primair coördinatie-mechanisme
Eenvoudige structuur	Jong, klein, niet hoogwaardig technisch systeem, eenvoudige en dynamische omgeving, mogelijk zeer grote vijandigheid of sterke behoefte aan macht bij de topmanager, niet onderhevig aan mode	Strategische top	Direct toezicht
Machine bureaucratie	Oud, groot, regulerend, niet-geautomatiseerd technisch systeem, eenvoudige en stabiele omgeving, externe controle, niet aan mode onderhevig	Technostructuur	Standaardisatie werkproces
Professionele bureaucratie	Ingewikkelde en stabiele omgeving, niet-regulerend, niet-hoogwaardig technisch systeem, onderhevig aan mode	Uitvoerende kern	Standaardisatie vaardigheden
Divisiestructuur	Gediversifieerde markten, oud, groot, behoefte aan macht van middenkader-managers, aan mode onderhevig	Middenkader	Standaardisatie output
Adhocratie	Complexe en dynamische (soms turbulente) omgeving, jong, geavanceerde en vaak geautomatiseerde technologie, onderhevig aan mode	Ondersteunende diensten	Onderlinge aanpassing

Tabel 2.8: Vijf effectieve configuraties volgens Mintzberg (1997)

2.3. De bureaucratische organisatie

Hierboven is het begrip ‘bureaucratie’ gebruikt zonder dit expliciet te definiëren. De onderzoeksvraag maakt het noodzakelijk hier meer aandacht aan te besteden. Deze paragraaf

beschrijft enkele theoretische inzichten ten aanzien van het begrip bureaucratie en ten aanzien van de bureaucratische organisatie.

Het begrip 'bureaucratie' wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Albrow (1971, p. 92-118) onderscheidt zelfs zeven verschillende omschrijvingen: bureaucratie als rationele organisatie, als organisatorische inefficiëncy, als bestuur of regering door ambtenaren, als overheidsadministratie, als bestuur of administratie door ambtenaren, als de organisatie en als moderne samenleving. Hij concludeert dat het begrip zo complex is dat het eigenlijk beter vermeden zou worden. Bekke (1990, p.6) stelt dat drie hoofdthema's de discussie beheersen:

- het thema van de bureaucratie als bestuursvorm, ter onderscheiding van de monarchie, democratie of aristocratie. Bureaucratie betekent dan letterlijk 'de macht van het bureau';
- het thema van de bureaucratie als organisatorische vorm;
- en het thema van de werking van de bureaucratie (en dan vooral de disfuncties ervan).

Voor dit onderzoek is zowel het tweede als het derde thema van belang. Het tweede thema, de bureaucratie als organisatorische vorm wordt in de literatuur aangetroffen als nastrevenswaardige vorm van organiseren (onder andere het ideaaltype van Weber), als organisatievorm die zich in verschillende gedaanten manifesteert en zich in verschillende omgevingen meer of minder goed handhaaft en als organisatievorm die in de twintigste eeuw tot volle wasdom is gekomen maar die de eenentwintigste eeuw niet zal overleven. Binnen het derde thema, de werking van de bureaucratie, is bureaucratie vooral een fenomeen dat bestreden of tenminste beheerst moet worden. We hebben het dan over de populaire en veelal negatieve interpretatie van het begrip bureaucratie. Voor dit onderzoek is de meer recente literatuur bestudeerd om de actuele ontwikkelingen in het denken over de bureaucratie als organisatievorm te kunnen duiden.

2.3.1. Kenmerken van de bureaucratische organisatie

De grondlegger van het begrip 'bureaucratie' is zonder twijfel Max Weber (1864-1920), wiens leven en werk onder andere is beschreven door Dassen (1999). Weber onderscheidde drie typen van gezag: het traditionele gezag, het rationeel legale gezag en het charismatische gezag. Zo ontstonden drie ideaaltypen. 'Weber's poging was erop gericht om door middel van een rationeel geconstrueerd organisatietype een op legaal gezag gebaseerde bestuursvorm mogelijk te maken en tevens een uitweg te bieden voor de spanningsvolle relatie tussen democratie en bureaucratie: voorwaar pogingen om vooreerst maatschappelijke vraagstukken te analyseren en eerst vervolgens een organisatievorm als middel daartoe te beschrijven. (...) Weber's ideaaltype betrof een heuristisch onderzoeksmodel en geen beschrijving van een empirisch aan te treffen organisatie' (Bekke, 1990, p.6-7).

Zuurmond (1994) beschrijft een ideaaltype als volgt: 'een ideaaltype is een construct, een methodologisch gereedschap waarmee we een middenpositie in kunnen nemen tussen enerzijds nomothetische standpunten en anderzijds ideografische standpunten. Zij biedt ons de mogelijkheid een complex van (herhaald) sociaal handelen kernachtig te duiden, terwijl we tegelijkertijd de achterliggende normatiek kunnen aangeven ...'. In Weber's ideaaltype van de rationeel legale bureaucratie kunnen we volgens Zuurmond drie elementen onderscheiden: een normatiek, een instrument en een effect. 'Vanuit de normatiek (zingeving: normen, waarden, doelen) worden bepaalde instrumenten (middelen) ingezet ter bereiking (effect) van de gestelde doelen' (Zuurmond, 1994).

De normatiek van het ideaaltype 'bureaucratie' wordt door Zuurmond (1994) beschreven als continuïteit, effectiviteit en gehoorzaamheid, calculeerbaarheid en efficiency. Bekke beschrijft specifiek de overheidsbureaucratie als een organisatorische representant van de rechtsstaat: deze is vooral verantwoordelijk voor zorgvuldigheid, legaal handelen, procedureren, rechtsbescherming, democratische verantwoording en rechtmatigheid (Bekke,

1990, p.16). Naast de machinebureaucratie en de professionele bureaucratie plaatst Bekke de betrouwbare bureaucratie. Hij benadrukt de waarderationaliteit van de overheidsbureaucratie, die minstens zo belangrijk is als de doelrationaliteit. Sommige organisaties, in die context vaak instituties genoemd, spelen een rol in de samenleving. Een rol die gebaat is bij het aanspreken van de organisatie op de rationele toepassing van democratische regels en procedures. Transparantie en verantwoording over de waarden die het handelen gestalte geven en de wijze waarop deze waarden in de vorm van wetten, regels en normen rationeel worden toegepast vergroten de legitimiteit van deze rol.

De kenmerken van een bureaucratische organisatie

De bureaucratie als ideaaltipe van het rationeel legale gezag wordt op het niveau van de individuele organisatie door de volgende kenmerken getypeerd (Weber, 1972, Albrow, 1971, Perrow, 1986, Lammers e.a., 1997): het principe van vaste, door regels geordende bevoegdheden (hiërarchie); het principe van de ambtelijke monokratische hiërarchie (hiërarchie en centralisatie); de ambtsuitoefening vindt plaats op een bureau, aan de hand van schriftelijke stukken, met behulp van een staf van beambten (formalisatie); voor de vervulling van ambten is een gespecialiseerde opleiding vereist (specialisatie); de ambten houden een volledige dagtaak in, er is een volledige scheiding tussen ambtsvermogen en particulier vermogen, toe-eigening van de ambtelijke positie is onmogelijk (rationeel, legaal gezag); en de taakuitoefening vindt plaats aan de hand van vaste overdraagbare regels en normen (standaardisatie).

Deze kenmerken, 'instrumenten' in de terminologie van Zuurmond, zijn door hem als volgt geconceptualiseerd. Deze conceptualisatie is het resultaat van een uitgebreid vergelijkend onderzoek naar het gebruik van de genoemde begrippen bij verschillende auteurs (Zuurmond, 1994, p.82 – 91). Wij verwijzen hier kortheidshalve naar. In het onderhavige onderzoek wordt deze conceptualisatie overgenomen:

centralisatie:	het niveau van besluitvorming in de organisatie, de mate waarin vanuit één centraal punt de besluitvorming plaatsvindt;
hiërarchie:	het proces van verticale rangschikking, waarbij één of meerdere functies ondergeschikt zijn aan een hogere functie;
specialisatie:	betreft de begrenzing van taken op basis van kennis- en efficiency-overwegingen;
formalisatie:	de mate van het schriftelijk vastleggen van handelingen, beslissingen en regels;
standaardisatie:	betreft de routinematigheid van de werkwijze door middel van regels.

In de praktijk zijn volgens deze typering alle organisaties van enige omvang meer of minder bureaucratisch. De 'kenmerken ontleend aan het ideaaltipe van Weber' zijn in grotere organisaties immers al snel zichtbaar. Ook Lammers e.a. beschrijven dit (1997, p.78): 'Een bureaucratie is een bestuursvorm waarvan speciaal massale organisaties zich bedienen om grote aantallen mensen te kunnen beheersen en rationeel in te schakelen voor het verwezenlijken van bepaalde taken'. Eigenlijk kan beter worden gesproken over dimensies dan over kenmerken. Een organisatie kan deze dimensies verschillend invullen, zoals in paragraaf 2.3.2. wordt beschreven. Daarom kunnen we stellen dat een organisatie die sterk gecentraliseerd is, en/of een uitgebreide hiërarchische structuur kent, en/of sterk gespecialiseerde functies heeft en/of een hoge mate van formalisatie en standaardisatie kent, méér bureaucratisch is dan een organisatie die op deze dimensies lager scoort. Een bureaucratische organisatie wordt in dit onderzoek dus als volgt gedefinieerd:

'Een bureaucratische organisatie is een organisatievorm die op de dimensies, ontleend aan het ideaaltype van Weber (centralisatie, hiërarchie, formalisatie, standaardisatie en specialisatie) hoog scoort.'

Kenmerkend voor deze organisatievorm is de metafoor van een organisatie als machine (Morgan, 1997). Morgan stelt dat velen een bijdrage hebben geleverd aan de uitwerking en perfectionering van dit idee. Denk aan de grondleggers van de klassieke managementtheorie (Fayol, Mooney en Urwick) en de aanhangers van het 'scientific management' (met als grondlegger Taylor). Zij richtten zich op het ontwerpen van de organisatie als geheel of op individuele taken. De functionele organisatie met een sterke arbeidsdeling en objectief vastgestelde normen voor werkprocessen is in de twintigste eeuw ontwikkeld en overal zichtbaar. De kern van Weber's ideaaltype is volgens Heckscher (1994) de scheiding tussen persoon en functie. De functie wordt gedefinieerd, los van de persoon die deze functie uitvoert. Hoe beter deze definitie is, via functiespecificaties en werkinstructies et cetera, hoe meer de leiding erop kan vertrouwen dat er goed en efficiënt wordt gewerkt. Bahlmann en Meesters (1989, p.62-63) vatten ten aanzien van de organisatiestructuur het klassieke denken nog eens als volgt samen:

- er is één juiste oplossing, het voornaamste criterium is efficiency en productie;
- zoveel mogelijk opdelen van het werk;
- het verband tussen de elementaire delen wordt tot stand gebracht door de hiërarchie;
- er is een scheiding tussen denken en doen;
- de omgeving wordt nauwelijks bij de beschouwingen betrokken, men gaat ervan uit dat de producten vanzelf hun weg naar de buitenwereld vinden en dat grondstoffen altijd in dezelfde kwaliteit beschikbaar zijn;
- er is een beperkte benadering van het meester-knecht principe: de knecht doet precies wat van hem verwacht wordt, is een mens zonder eigen mening en eigen ideeën, als een radartje in de machine;
- geformaliseerde besluitvorming.

Er zijn talloze instrumenten ontwikkeld voor de bureaucratische organisatie, die nog steeds en veelvuldig worden toegepast. Denk aan plannings- en beheersingstechnieken, rapportagesystemen, principes voor coördinatie en leidinggeven, communicatievormen, functiestructuren, instrumenten voor beoordeling en beloning van medewerkers, et cetera. De bureaucratie won het volgens Weber gemakkelijk van de oude werkwijze (traditioneel gezag) en was superieur in het richten van grote groepen medewerkers op het organisatiedoel. Mintzberg (1997, p.156) geeft aan dat zolang de maatschappij massaproducten tegen een lage prijs verlangt, een bureaucratische organisatie zal blijven bestaan.

Op welke wijze is de bureaucratische organisatie nu in de praktijk zichtbaar? Hiervoor gaan we dieper in op drie van de genoemde configuraties van Mintzberg. De eenvoudige structuur beschrijft een jonge, kleine organisatie in een eerste ontwikkelingsfase. Deze structuur is voor dit onderzoek niet van toepassing. Zorgverzekeraars zijn weliswaar ooit zo begonnen, maar zijn deze fase al lang ontgroeid. De divisiestructuur is geen geïntegreerde organisatie maar een 'verzameling quasi-autonome elementen die met elkaar verbonden zijn door een centrale bestuurlijke structuur' (Mintzberg, 1997, p.227). Ook deze structuur is voor dit onderzoek minder relevant. De machinebureaucratie en de professionele bureaucratie scoren op de verschillende dimensies van een bureaucratische organisatie hoog. In hoofdstuk 5 wordt aangetoond dat in de branche van zorgverzekeraars voornamelijk deze configuraties zichtbaar zijn. Daarnaast wordt als tegenhanger een organische configuratie getypeerd, de adhocratie. Deze configuratie is juist niet bureaucratisch. In paragraaf 2.4, waar enkele alternatieven voor de bureaucratische organisatie aan de orde komen, wordt duidelijk dat verschillende onderzoekers de voorkeur geven aan een dergelijke organische organisatiestructuur. Om deze te kunnen herkennen en plaatsen is ook deze configuratie hier beschreven.

Ook hier geldt dat de beschreven configuraties in de praktijk niet in zuivere vorm zichtbaar zijn: Mintzberg heeft ze beschreven als ideaaltypen. Elke configuratie wordt zoals gezegd gevormd door een theoretisch consistente combinatie van situationele factoren, ontwerpparameters en coördinatiemechanismen. In de praktijk zijn organisaties eerder hybride structuren of mengvormen. Mintzberg tekent zijn configuraties echter bewust heel scherp om 'de verschillen aan te dikken en ons inzicht te vergroten' (Mintzberg, 1997, p.165).

2.3.2. Drie configuraties van Mintzberg

De machinebureaucratie, de professionele bureaucratie en de adhocratie worden op dezelfde wijze beschreven. Eerst wordt de organisatiestructuur beschreven, inclusief zijn problemen. De nadruk ligt hierbij op de invulling van de vijf dimensies van de bureaucratische organisatie. Vervolgens wordt de omgeving getypeerd waarin deze configuratie ontstaat en effectief is. Tot slot wordt beschreven hoe Mintzberg denkt over de effectiviteit van deze configuratie.

De machinebureaucratie

Als voorbeelden van een machinebureaucratie noemt Mintzberg (1997, p.172-198) onder andere overheidsorganisaties, massaproductiebedrijven, luchtvaartmaatschappijen, hotels, het bankwezen en verzekeringsmaatschappijen. Wat hebben dit soort organisaties met elkaar gemeen?

Organisatiestructuur

Een machinebureaucratie is een relatief grote organisatie op leeftijd met een sterke arbeidsdeling. Deze structuur lijkt het meest op het oorspronkelijke ideaaltype van Weber en is sterk gevormd door de resultaten van de Scientific Management beweging van Taylor. Weber benadrukte de rationaliteit van deze structuur en Mintzberg (1997, p.186) stelt dat dit de meest efficiënte structuur is. Zelfs de enig mogelijke structuur, als mensen een geïntegreerde serie eenvoudige en steeds terugkerende taken heel precies en consistent moeten uitvoeren om gestandaardiseerde en goedkope producten en diensten te leveren.

De structuur scoort op alle dimensies van de bureaucratische organisatie hoog: 'sterk gespecialiseerde routinewerkzaamheden, sterk geformaliseerde procedures in de uitvoerende kern, overal in de organisatie een overvloed van regels, voorschriften en geformaliseerde communicatie; grootschalige eenheden op productieniveau; groepering van taken op functionele basis; relatief gecentraliseerde beslissingsbevoegdheden en een uitgebreide bestuurlijke structuur met een sterk onderscheid tussen lijn en staf' (Mintzberg, 1997, p.172-173).

Het werk in de uitvoerende kern is sterk gespecialiseerd, geformaliseerd en gestandaardiseerd. Versturende invloeden van buitenaf worden zoveel mogelijk geweerd. De technostaf heeft grote informele macht omdat zij het werk van alle anderen standaardiseren. Standaardisatie van het werk is in de machinebureaucratie het belangrijkste coördinatiemechanisme. Het middenkader is vooral bezig met het oplossen van problemen tussen alle gespecialiseerde werknemers, het communiceren met de technostaf, het stimuleren van verticale doorstroming in de structuur, het verzamelen van feedbackinformatie en het uitwerken van actieplannen. De hiërarchie is relatief hoog (veel lagen) en alle macht, zowel de formele als de informele macht ligt uiteindelijk bij de strategische top. Het werk van de top ligt vooral in het nog verfijnder afstellen van hun bureaucratische machines. Het verbeteren van de prestaties, het nog efficiënter gaan werken en vooral het beheersen van de conflicten die inherent zijn aan deze structuur, zijn de belangrijkste doelen van de leiding. De strategie wordt geformuleerd in de strategische top. Het middenkader en de uitvoerende kern voeren uit. Beslissingen worden altijd via de formele hiërarchische weg genomen.

De machinebureaucratie heeft een aantal problemen. Mintzberg noemt als eerste de obsessie voor controle. Alle mogelijke onzekerheden moeten worden uitgesloten om ervoor te zorgen dat de radertjes ongestoord blijven lopen. De voortdurende conflicten die voortvloeien uit deze structuur worden ook door controle beheersbaar gehouden. De oorzaken van deze conflicten liggen in de strakke taakverdelingen, sterke differentiatie tussen afdelingen, het rigide onderscheid tussen staf en lijn en tot slot de motivatieproblemen die voortvloeien uit het routinewerk in de uitvoering. Als tweede noemt Mintzberg de menselijke problemen in de uitvoerende kern. De machinebureaucratie is letterlijk ontworpen als een machine; mensen worden gezien als middelen. Zij hebben geen eigen wil. Taylor onttrok zowel het denkwerk als het initiatief aan de werkvloer. Mintzberg beschrijft dan ook een vicieuze cirkel; vervreemding van de werknemers die middelen voor doelen aan gaan zien en klanten die onheus bejegend worden. Dit alles leidt tot het nog strakker aandraaien van de technocratische schroeven, waardoor het proces verergert. Zowel taakverruiming als democratisering biedt geen blijvend soelaas in de ogen van Mintzberg. Hij citeert Woodward die stelt dat in deze structuren het conflict tussen het technische en het sociale systeem onoplosbaar is. De enige oplossing die hij ziet voor de sociale problemen van deze structuur is automatisering. Door de regelgeving in de computer te stoppen, krijgt de machinebureaucratie volgens hem weer een enigszins menselijk gezicht. Een derde probleem is het feit dat problemen naar boven worden gedelegeerd, wat leidt tot coördinatieproblemen in het leidinggevende centrum. Vaak is de functionele differentiatie tot in de top doorgevoerd. Er worden eigen koninkrijken gebouwd en de overall organisatiedoelstelling wordt gemakkelijk uit het oog verloren. De organisatie kan zo als een gesloten systeem gaan functioneren waarbij klanten als hinderlijk kunnen worden ervaren. Tot slot heeft een machinebureaucratie problemen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. De machine is ontworpen om specifieke doelen te realiseren en is daarin uiterst efficiënt. Nieuwe doelen opnemen in de strategie van de organisatie, omdat de omgeving verandert, geeft een aantal problemen. Ten eerste is het formuleren van beleid en het uitvoeren van beleid gescheiden. De strategische top formuleert het beleid, maar in snel wijzigende omstandigheden heeft de top per definitie onvoldoende informatie om het beleid adequaat aan te passen. Het managementinformatiesysteem dat hiervoor moet zorgen is én te laat én onvolledig. De noodzakelijke informatie moet immers een flink aantal treden in de hiërarchie omhoog en dit lukt niet altijd ongeschonden. Informatie wordt (bewust) achtergehouden of positiever voorgespiegeld. Bovendien bevat het informatiesysteem geen 'zachte' informatie en die is wel noodzakelijk. Mintzberg stelt daarom dat de machinebureaucratie in principe niet in staat is om de strategie te veranderen. Het is een starre configuratie. Hij beschrijft deze structuur door zijn woordkeus (obsessie, conflicten, starheid) bijna als een noodzakelijk kwaad.

De omgeving waarin de machinebureaucratie effectief is

De omgeving waarin een machinebureaucratie effectief is, is eenvoudig en stabiel. In een complexe omgeving kan het werk namelijk niet tot eenvoudige taken gerationaliseerd worden en in een dynamische omgeving is het werk niet te voorspellen en dus niet te standaardiseren. Omgekeerd zal de machinebureaucratie er ook alles aan doen om de omgeving stabiel en onder controle te houden. Bijvoorbeeld door te proberen om vraag en aanbod te beheersen of via de strategie van verticale integratie. Als wet- en regelgeving sterk regulerend is, oefent de omgeving een sterke controle uit op de machinebureaucratie. Overheidsorganisaties zoals nutsbedrijven of de belastingdienst zijn niet alleen bureaucratisch omdat het werk routinematig is, maar ook omdat zij zich in het openbaar moeten kunnen verantwoorden. Rechtmatig en doelmatig handelen is voor dit soort organisaties een belangrijke omgevingseis. Extern toezicht vertaalt zich in de genoemde interne controlezucht. Mintzberg benoemt in dit kader vier specifieke machinebureaucratieën: de openbare machinebureaucratie (zoals overheidsinstanties en de in dit onderzoek betrokken uitvoeringsorganen zoals zorgverzekeraars), de controlebureaucratie (zoals politiekorpsen), de veiligheidsbureaucratie (organisaties waar een specifieke noodzaak aan veiligheid bestaat, zoals luchtvaartmaatschappijen) en crisisbureaucratieën (brandweer). Dit soort organisaties zijn

sterk afhankelijk van formalisatie en centralisatie om snel en adequaat te kunnen handelen, al lijkt de omgeving best dynamisch.

De effectiviteit van de machinebureaucratie

Machinebureaucratieën zijn betrouwbaar, gemakkelijk te controleren en efficiënt. Mintzberg stelt gelaten vast dat onze samenleving niet kan functioneren zonder deze structuren: geen enkele andere structuur is beter geschikt voor massaproductie en een constante output, niet één werkt zo efficiënt. De machinebureaucratie is in staat om meer te produceren tegen lagere kosten, betere controlemaatregelen in te voeren of de kwaliteitsnormen te verhogen. De organisatie is veel minder effectief in het benutten van de talenten van mensen, het adequaat reageren op veranderingen in de omgeving of echt te vernieuwen. Klanten worden bediend met goede en goedkope producten of diensten, hoewel Mintzberg ook hierover niet vrolijk is: 'de huidige mens lijkt wel alleen te leven voor zijn systemen. Aan veel van de organisaties die hij in het leven riep om hem te dienen, is hij nu zelf dienstbaar geworden. Het lijkt erop dat de consument zijn zaterdagse boodschappen alleen maar goedkoop kan doen als hij bereid is van maandag tot en met vrijdag zijn talent te verspillen om ze te produceren.

De professionele bureaucratie

Heel wat positiever is Mintzberg over de professionele bureaucratie (1997, p.199-225). Ook deze structuur produceert standaardproducten of –diensten, maar het werk is ingewikkeld. Als voorbeelden noemt Mintzberg: universiteiten, ziekenhuizen, accountantsbureaus, sociale instellingen en ambachtelijke bedrijven: veelal dienstverlenende organisaties.

Organisatiestructuur

Kenmerkend voor de professionele bureaucratie is de dominantie van de uitvoerende kern die wordt gevormd door professionals. Zij hebben grote zeggenschap over hun eigen werk en werken nauw samen met hun klanten. Standaardisatie van vaardigheden is het belangrijkste coördinatiemechanisme: dit laat tegelijk standaardisatie en decentralisatie toe. Training en indoctrinatie zijn daarom een belangrijke ontwerpparameter voor deze structuur. Dit begint al bij de beroepsopleiding. Kennis en vaardigheden worden als het ware ingeprogrammeerd. Maar ook daarna gaat dit proces door. Onder het toeziende oog van ervaren beroepsgenoten volgt een lange trainingsperiode in de praktijk, met eindeloos oefenen, examens afleggen, vakliteratuur bijhouden, conferenties en nascholing volgen.

De structuur is bureaucratisch in de zin dat handelingen van medewerkers zijn gestandaardiseerd. De normen waarmee een professional werkt worden echter niet door een technostaf ontwikkeld, maar buiten de organisatie: door de opleiding en door onafhankelijke beroepsorganisaties. In de machinebureaucratie is gezag verbonden aan de hiërarchische positie, in de professionele bureaucratie is gezag verbonden aan kunde. De professional voert twee basistaken uit: hij stelt een diagnose en voert het programma uit dat bij die diagnose past. De structuur is tegelijkertijd gebaseerd op functie (gelijke specialisten bij elkaar) als op markt (gelijke klanten bij elkaar).

De uitvoerende kern is het belangrijkste organisatieonderdeel. De ondersteunende diensten waar de routinewerkzaamheden plaats vinden zijn ook goed ontwikkeld, maar deze staan geheel ten dienste van de uitvoerende kern. Zij vormen eigenlijk een machinebureaucratie binnen de professionele bureaucratie. De technostrucuur en het middenkader zijn zwak ontwikkeld; er is immers niet veel te standaardiseren of te coördineren. De professionele bureaucratie is zowel horizontaal als verticaal gedecentraliseerd. De professional is zo machtig omdat zijn werk te ingewikkeld is om te worden gecontroleerd of gestandaardiseerd en omdat er vaak veel vraag is naar zijn diensten.

De professionele bureaucratie is zeer democratisch in de uitvoerende kern. De professionals proberen ook zeggenschap te krijgen over de administratieve en bestuurlijke beslissingen die op hen van invloed zijn. Dit doen zij door hun 'eigen soort' aan te stellen, deel te nemen aan commissies of zeggenschap te eisen in de benoeming van de

bestuurders. De professionele bestuurder heeft weinig tot geen zeggenschap over de professionals. De strategieformulering komt 'bottom-up en outside-in' tot stand, via de beroepsverenigingen, de professionals in de uitvoerende kern en door de bestuurder. Deze ontleent zijn macht aan de rol die hij vervult en die voornamelijk ligt in het oplossen van verstoringen in de structuur: tussen professionals onderling (over de grensgevechten) en tussen de professionals en de ondersteunende diensten. Bovendien heeft de professionele bestuurder een belangrijke sleutelrol tussen de professionals in de organisatie en partijen buiten de organisatie (financiers, belangenorganisaties van klanten, wetgevers enzovoort). Zo worden de professionals toch afhankelijk van de effectieve bestuurder, die zijn macht overigens alleen houdt als hij hun belangen effectief dient.

Op de dimensies van de bureaucratische organisatie scoort de professionele bureaucratie niet overal hoog. De structuur is sterk gedecentraliseerd, kent weinig hiërarchische lagen en er is weinig geformaliseerd. De professionals zijn echter wel sterk gespecialiseerd en hun werk is gestandaardiseerd. Daarom wordt ook deze configuratie door Mintzberg als bureaucratisch aangemerkt.

Wat zijn de problemen van de professionele bureaucratie? Als eerste noemt Mintzberg de verschillende coördinatieproblemen. Zo zitten de ondersteunende diensten klem tussen de hiërarchische lijn en de professionals in de uitvoerende kern. De professional zegt dat hij het voor het zeggen heeft, maar daarmee zijn de conflicten niet opgelost. Coördinatie tussen collega's is ook een probleem omdat dat de individuele autonomie aantast. Het categorisatieproces, het indelen van klanten en problemen in hokjes, verloopt niet geheel vlekkeloos. Het tweede probleem dat Mintzberg aansnijdt is de zeggenschapsproblematiek. De professionele bureaucratie gaat moeizaam om met professionals die niet zo kundig of zelfs nalatig zijn. Professionals kunnen de behoeften van hun klanten of van de organisatie waarin zij werken negeren, zo gehecht zijn zij aan de eigen vaardigheden en werkwijzen. De vuile was buiten hangen of elkaar afvallen is iets dat professionals niet snel doen. En zo blijven de problemen in het midden liggen. Mintzberg verwerpt de gebruikelijke reacties op bovenstaande problemen. Klanten, niet-professionele bestuurders, de samenleving en vooral de overheid grijpen in het geval van problemen het liefst naar andere coördinatiemechanismen zoals direct toezicht, standaardisatie van werkprocessen of standaardisatie van de output. Ineffectieve maatregelen, die volgens Mintzberg contraproductief werken. De professional raakt gedemotiveerd. Gehoorzaamheid wordt het doel. Dus gaat hij handelen om de opgelegde normen te halen, hoe dom deze ook zijn.

De omgeving waarin de professionele bureaucratie effectief is

De omgeving is de belangrijkste situationele factor die het gebruik van de professionele bureaucratie bepaalt. Deze is zowel ingewikkeld (het werk bestaat uit moeilijke procedures waarvoor veel opleiding noodzakelijk is) als stabiel (de vaardigheden hiervoor zijn te standaardiseren). De markten van de professionele bureaucratie zijn vaak gediversifieerd. In de verspreide professionele bureaucratie zijn deze markten ook geografisch gediversifieerd. In dat geval wordt indoctrinatie van de professionals nog belangrijker om de loyaliteit van de professional aan de organisatie te waarborgen. De leeftijd en omvang van de organisatie zijn minder relevant. In een grote organisatie is meer geformaliseerd en zijn de ondersteunende diensten verder ontwikkeld, maar een professional kan in een grote en kleine, in een jonge en oude organisatie direct worden ingezet. Het technische systeem is niet sterk regulerend, niet hoogwaardig en niet geautomatiseerd. Dat zou namelijk de autonomie van de professional aantasten en de organisatie veranderen in een machinebureaucratie.

De effectiviteit van de professionele bureaucratie

De output van de professionele bureaucratie is volgens Mintzberg niet goed meetbaar. De gepleegde inspanning kan worden gemeten (aantal operaties, aantal college-uren) maar niet het daadwerkelijke effect (bijvoorbeeld de gezondheidswinst in het geval van ziekenhuizen of de toegenomen kennis in het geval van universiteiten). De professionele bureaucratie is volgens Mintzberg een starre structuur, ongeschikt om zich aan te passen aan het produ-

ceren van nieuwe output. 'Alle bureaucratieën zijn afgestemd op een stabiele omgeving: het zijn prestatiegerichte structuren, ontworpen om programma's te perfectioneren voor gevallen die kunnen worden voorzien. Het zijn geen oplossingsgerichte structuren die ontworpen zijn om nieuwe programma's op te zetten voor behoeften die nog nooit eerder zijn voorgekomen' (Mintzberg, 1997, p.221). Veranderingen in de professionele bureaucratie komen volgens Mintzberg van binnenuit en langzaam, doordat de professional zelf verandert. De samenleving kan nog het best een beroep doen op zijn verantwoordelijkheidsgevoel of druk uitoefenen op de beroepsorganisaties. Mintzberg beoordeelt ondanks de beschreven problemen de professionele bureaucratie positief. Het technische en sociale systeem kunnen in perfecte harmonie functioneren. De uitvoerende professional heeft controle en zeggenschap over zijn eigen werk en over de beslissingen die daarmee verband houden. Daardoor is hij verantwoordelijk en gemotiveerd, toegewijd aan het werk en aan zijn klanten.

De machinebureaucratie en de professionele bureaucratie zijn prestatiestructuren: 'ontworpen voor het perfectioneren van standaardprogramma's, niet voor het uitvinden van nieuwe' (Mintzberg, 1997, p.267). Welke structuur is dan wel geschikt voor innovatie? Mintzberg beschrijft hiertoe de configuratie van de adhocratie. 'Een totaal andere configuratie die in staat is om experts uit verschillende disciplines samen te brengen in soepel functionerende adhoc projectteams'.

De adhocratie

Organisatiestructuur

De adhocratie lijkt in niets op de andere configuraties. De relatie tussen de bestuurlijke component en de uitvoerende kern ligt anders, het onderscheid tussen lijn en staf vervaagt, de invloed van managers wordt ontleend aan ervaring en sociale vaardigheden in plaats van aan een hiërarchische positie. Mintzberg tekent de adhocratie als een 'amorfe massa' (1997, p.276) waarin het middenkader, de ondersteunende diensten, de technestructuur en de uitvoerende kern zijn samengevloeid. De ondersteunende diensten spelen een sleutelrol, al zijn zij niet zo scherp van andere organisatieonderdelen gescheiden. Strategievorming is een impliciet proces en ontstaat werkende weg door de beslissingen die genomen worden ten aanzien van de uitgevoerde projecten. Het formuleren en vervolgens implementeren van de strategie zou in de dynamische omgeving waarin de adhocratie functioneert, inflexibiliteit betekenen. Strategievorming is in de adhocratie bovendien een proces waar iedereen bij betrokken is en niet alleen de strategische top. De strategische top is intern vooral bezig met onderhandelen, overtuigen en toezicht houden op een goede uitvoering van de projecten en extern met het onderhouden van de contacten met de omgeving (acquireren).

Een structuur die geschikt is voor geavanceerde innovatie, kan geen gebruik maken van standaardisatie, in welke vorm ook. De gebaande paden worden immers verlaten. De adhocratie is daarmee een organische structuur. Er werken hoogopgeleide specialisten die vanuit functionele eenheden worden ingezet in adhoc en multidisciplinaire projectteams die telkens van samenstelling kunnen wisselen. Staf- en lijnmanagers, functiegerichte en marktgerichte specialisten bij elkaar in een matrixstructuur. De adhocratie kent weinig geformaliseerd gedrag en geen eenheid van leiding. Er wordt selectief gedecentraliseerd, zowel horizontaal als verticaal. Informatieoverdracht en besluitvorming vinden plaats waar dat nodig is, waarbij de gezagsstructuur doorbroken kan worden. Onderlinge aanpassing is het voornaamste coördinatiemechanisme tussen en binnen teams van specialisten. De verbindingsmiddelen zijn een belangrijke ontwerpparameter. 'De adhocratie wemelt dus van de managers – functionele managers, integratiemanagers en projectmanagers' (Mintzberg, 1997, p.270). Het verschil met de professionele bureaucratie ligt erin dat standaardisatie van vaardigheden uit den boze is. Kennis en vaardigheden zijn juist het vertrekpunt voor het ontwikkelen van nieuwe inzichten.

Aandachtspunten in de adhocratie zijn wederom de schermutselingen en verstoringen die in deze losse structuur voorkomen. Mintzberg spreekt zelfs over een 'broeinest van agressie en conflicten' (1997, p. 280). Deze configuratie laat namelijk nogal wat ruimte voor vaagheden en onduidelijkheden. Wie is hier nu echt de baas? Wat gebeurt er als dit project is afgelopen? Er zijn onduidelijke functiebeschrijvingen, gezagsrelaties en communicatielijnen. Niet iedereen kan hier goed mee omgaan. Het is een politieke organisatie. De matrixstructuur die vaak voorkomt institutionaliseert eigenlijk het conflict, omdat de functionele – en de projectorganisatie of de verschillende disciplines tegengestelde belangen kunnen hebben. Er zijn weinig spelregels in de adhocratie, wat gunstig is voor de sterken, maar wat ongunstig kan zijn voor de zwakkeren. Toch kan het management conflicten niet oplossen of onderdrukken; ze zijn nodig om de noodzakelijke creativiteit los te maken. Daarmee is ook het laatste probleem van de adhocratie benoemd; zij heeft sterk de neiging om de structuur voortijdig aan te passen in de richting van een professionele bureaucratie of (erger nog) een machinebureaucratie. En daarvan zijn er volgens Mintzberg al genoeg. Juist de mogelijkheid van de adhocratie om unieke problemen op een unieke manier aan te pakken is haar kracht. De onduidelijkheden en de hierna genoemde inefficiëncy van de structuur moeten dan maar op de koop toe genomen worden.

De omgeving waarin de adhocratie effectief is

De omgeving is de belangrijkste situationele factor voor de adhocratie. Deze is dynamisch en complex. Een dergelijke omgeving vereist een organisatiestructuur die tegelijk organisch en gedecentraliseerd is, zoals de adhocratie. Als voorbeelden van dynamiek noemt Mintzberg een omgeving waar invloeden zeer ongelijk van intensiteit en kracht zijn (zoals voor multinationale ondernemingen), een omgeving die stukproductie vraagt (bijvoorbeeld de productie van kranten en tijdschriften) en een omgeving die zo sterk concurrerend is dat voortdurend product vernieuwing plaats moet vinden (de platenindustrie of tegenwoordig de nieuwe media). Andere situationele factoren die een rol spelen zijn:

- de leeftijd van de organisatie: deze is per definitie laag. Naarmate een organisatie ouder wordt zal de neiging om bureaucratischer te worden veroorzaken dat de organisatie overleeft, maar de configuratie sterft;
- het technisch systeem: dit is eenvoudig, niet-regulerend bij een operationele adhocratie, maar juist geavanceerd en/of vergaand geautomatiseerd bij een bestuurlijke adhocratie;
- de mode: de kenmerken van de adhocratie zijn de laatste decennia erg populair. Anno 1997 stelt Mintzberg: de eenvoudige structuur en de machinebureaucratie waren de structuren van gisteren, de professionele bureaucratie en de divisiestructuur die van vandaag en de adhocratie is de configuratie van morgen (1997, p.290). Omdat medewerkers steeds beter opgeleid en gespecialiseerd zijn, de omgeving complexer wordt en vraagt om innovatie, het technische systeem geavanceerder en meer geautomatiseerd wordt, daarom is de adhocratie de meest aangewezen structuur. Zij is meer democratisch en minder bureaucratisch.

De effectiviteit van de adhocratie

De adhocratie kan unieke oplossingen opleveren voor complexe ongestructureerde problemen. Geavanceerde innovatie kan door geen enkele andere structuur beter worden gerealiseerd. De adhocratie levert stukproductie. Het is daarmee ook een inefficiënte structuur. Juist door standaardisatie wordt efficiency bereikt, en standaardisatie is in deze structuur zoals gezegd uit den boze. Iedereen praat mee over alles. Dat kost tijd en is dus duur. Een andere reden voor de inefficiëncy is de weinig constante toevoer van werk, waardoor mensen óf niets te doen hebben óf overwerken. Doordat iedereen zijn zegje heeft kunnen doen, verloopt de uitvoeringsfase wel soepeler dan in bijvoorbeeld de machinebureaucratie. Er is een breed draagvlak ontstaan voor de uiteindelijk gekozen oplossing.

Samenvattend scoren de beschreven configuraties op de dimensies van de bureaucratische organisatie als tabel 2.9 aangeeft.

De configuraties gescoord op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie			
Dimensies	Machinebureaucratie	Professionele bureaucratie	Adhocratie
Centralisatie	beperkte horizontale decentralisatie top-down besluitvorming	horizontale en verticale decentralisatie bottom-up besluitvorming	selectieve decentralisatie gemengd, op alle niveaus
Hiërarchie	hoog, significant over hele linie	laag, insignificant (behalve in ondersteunende diensten)	Insignificant
Specialisatie	veel horizontale en verticale specialisatie	veel horizontale specialisatie	veel horizontale specialisatie
Formalisatie	veel formalisatie, bureaucratisch	weinig formalisatie, bureaucratisch	weinig formalisatie, organisch
Standaardisatie	hoog standaardisatie van het werk	hoog standaardisatie van kennis en vaardigheden	afwezig

Tabel 2.9: De configuraties gescoord op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie.
Bron: Mintzberg, 1997, p.296-297

Deze configuraties zijn effectieve organisatievormen, gezien de theoretisch consistente combinatie van situationele factoren, ontwerpparameters en coördinatiemechanismen. Desondanks neemt Mintzberg in zijn beschrijving van de configuraties een flink aantal kritiekpunten mee. Ondanks de evidente voordelen zijn bureaucratische organisaties in de literatuur altijd aan kritiek onderhevig geweest. Voordat enkele recentere alternatieven worden beschreven, wordt deze kritiek samengevat.

2.3.3. Kritieken

De wetenschappelijke kritiek op bureaucratische organisatievormen is op een aantal manieren te ordenen. Allereerst onderscheidt Bekke (1990) de kritiek vanuit de macrosociologie en politicologie en de kritiek vanuit de organisatiesociologie en de organisatieleer. Eigenlijk behelst dit onderscheid het verschillende bereik dat de betreffende auteurs hanteren: de scope van het landschap, het bos of de bomen. Omdat het onderhavige onderzoek een 'bosstudie' is, is de kritiek vanuit de tweede invalshoek relevant. Deze behelst specifiek de individuele dimensies van een bureaucratische organisatie: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie. De werking en de effecten van een hoge score op deze dimensies moeten het vaak ontgelden. Tot slot richt kritiek op de bureaucratische organisatie zich op de resultaten, de producten en diensten die deze organisatievorm levert aan haar klanten. Deze populaire betekenis van het woord 'bureaucratie' is uitgesproken negatief. Samengevat luidt de kritiek op de bureaucratische organisatie: bureaucratie ont-

aardt gemakkelijk in bureaucratisme, bureaucratische organisaties zijn inflexibel, bureaucratische organisaties zijn niet fijn om in te werken en bureaucratische organisaties leveren niet de door de klanten gewenste producten of dienstverlening.

Bureaucratie ontaardt in bureaucratisme

Merton (1957) wijst als één van de eersten op de neiging tot het degenereren van de bureaucratie. Hij introduceert hiervoor de term 'bureaucratisme'. Dit begrip duidt op de ont-aardingsverschijnselen van het gedrag van de leden van een bureaucratische organisatie. Merton beschrijft dit proces als 'displacement of goals', een doelverschuiving.

Het doel van de organisatie, het doel dat de stichters van de organisatie voor ogen hadden, kan in de loop van de tijd op de achtergrond raken. Displacement betekent letterlijk 'vervanging', maar heeft ook de nevenklank van 'ontworteling', het losraken van de oorspronkelijke bestemming. Verschillende auteurs beschrijven de tendens van een organisatie om 'eigen doelen' te genereren die de oorspronkelijke doelen gaan overschaduw. Bureaucratisme wordt veroorzaakt doordat mensen de noodzakelijke regels en procedures tot doel verheffen. Door lang te werken in een sterk geformaliseerde organisatie loopt men 'trained incapacity', 'beroepspsychose', of 'professionele deformatie' op (in Lammers e.a., 1997, p. 88). Ook Michels beschrijft dat organisaties de neiging hebben om de belangen van het 'apparaat' te verheffen boven de belangen van de leden. Het eigen leven van de organisatie heeft effect op de realisatie van de oorspronkelijk beoogde doelen.

Blau (1955) signaleert dat onzekerheid of angst voor sancties van hogerhand ook doelverschuiving in de hand werkt. Een rigide gezagshiërarchie werkt in de hand dat mensen zich krampachtig vasthouden aan de regeltjes. Crozier (1963) beschrijft op grond van onderzoek bij de tabaksindustrie en de Parijse girodienst de vicieuze cirkel van de bureaucratisering. Bureaucratisme is dan een doelbewuste tactiek. De ambtenaar houdt zich expres aan het boekje, als verstandige daad van zelfbescherming. Op deze wijze kan de werkvloer de leiding duidelijk maken dat zij voor een goede dienstverlening afhankelijk is van de medewerking van het personeel. Croziers cirkel beschrijft een positief terugkoppelingsproces: bureaucratie leidt tot stratificering van het personeel, elke functiecategorie ontwikkelt vervolgens zijn eigen doelen (loopgravenoorlog tussen verschillende belangengroeperingen in de organisatie), dit leidt tot maatregelen van de leiding om de levensvatbaarheid van de organisatie te verbeteren, wat weer leidt tot meer regelgeving waardoor de kwaal verergert. De neiging van regels om autonoom te groeien wordt in de hierna beschreven alternatieven van de bureaucratische organisatie ook enkele keren aangehaald.

De neiging van een bureaucratie om zich af te sluiten van zijn omgeving, eigen doelen te ontwikkelen en minder goed te reageren op veranderingen in de omgeving, maken dit soort organisaties minder geschikt voor de huidige dynamiek van de omgeving.

Bureaucratische organisaties zijn inflexibel

Het geringe veranderingspotentieel van een bureaucratische organisatie levert een tweede stroom van kritieken op. Burns en Stalker (1961) waren geïnteresseerd in het veranderingspotentieel van organisaties en ontwikkelden hiertoe de typologie 'mechanische en organische regimes', zie tabel 2.10. Het veranderingspotentieel van een organisch regime is groter dan dat van een mechanisch regime. Waarmee niet is gezegd dat een organisch regime altijd beter is.

Burns en Stalker onderzochten welk type bedrijfsvoering geschikt was voor productontwikkeling en productdifferentiatie in de elektronische industrie in Engeland en Schotland. Een goed geëquipeerde en georganiseerde research- and development (R&D)afdeling bleek noodzakelijk maar niet voldoende (differentiatie). Doorslaggevend voor succes was de wijze waarop de R&D-afdeling functioneerde in het bedrijf (integratie). Als R&D-functies en sales-functies een gezamenlijk doel vonden in het bedienen van de markt en de onderlinge afhankelijkheid erkenden, ontstond een organisch regime.

Mechanische regimes zijn vooral effectief als de marktomstandigheden stabiel zijn en er vraag is naar de producten of diensten. Organische regimes zijn effectiever als de markt in

beweging is en het erop aankomt om door product vernieuwing en –differentiatie snel en adequaat te reageren en anticiperen op deze beweging (Lammers e.a., 1997). Van onderscheidend belang is de wijze waarop de hiërarchie functioneert in beide regimes. In een mechanisch regime gaat men er van uit dat de ambtshiërarchie samenvalt met de deskundigheidshiërarchie. Een hiërarchische functie is er dan niet alleen voor verantwoordelijk *dat* er iets gebeurt; deze functie bepaalt ook *hoe* iets moet gebeuren. In een organisch regime zijn deze verantwoordelijkheden gesplitst. Een hiërarchische functie signaleert een probleem maar iemand anders kan de oplossing van dat probleem aandragen. De ervaring en deskundigheid om een probleem op te lossen kunnen ergens anders liggen.

Mechanisch regime	Organisch regime
Eigen taak wordt gezien los van de totale taakstelling van het bedrijf	Eigen taak gezien in het kader van de totale taakstelling van het bedrijf
Coördinatie door de naast hogere chef	Regelmatige aanpassing van individuele taken door onderlinge interactie
Nadruk op precieze afbakening van ieders rechten en plichten	Onder elkaar verspreiden van verantwoordelijkheden, in plaats van afschuiven
Werkzaamheden bepaald door instructies en beslissingen van de chef	Werkzaamheden mede bepaald door informatie en advies van de chef

Tabel 2.10: Mechanische en organische regimes. Bron: Burns en Stalker, 1961, p.120-122.

Bureaucratische organisaties zijn niet fijn om in te werken

Een derde stroom kritieken op de bureaucratische organisatie wordt veroorzaakt door het mensbeeld dat men hanteert. Wie een mens en een organisatie als een machine zien, kan komen tot een arbeidsdeling die typerend is voor de bureaucratische organisatie. Weber zag in zijn tijd al als donkere kant van de ontwikkeling van de bureaucratie, dat elk aspect van het menselijke bestaan uiteindelijk zou worden teruggebracht tot een mechanische routine (ijzeren kooi). De human relations beweging hanteert een andere mensvisie en komt dan ook met andere voorstellen ten aanzien van leiderschap en het werken in groepen. Ook de revisionisten beschouwen het technische én het sociale systeem van een organisatie. Zij proberen de belangen van de bedrijfsleiding (doelmatigheid) te verenigen met de belangen van medewerkers (prettig werk en goede werkomstandigheden). Het mensbeeld dat een onderzoeker hanteert, bepaalt mede de waardering voor bureaucratische organisaties. Over het algemeen worden organische organisaties hoger gewaardeerd. De ‘nieuwe’ organisatievormen die in de jaren tachtig en negentig zijn beschreven, eigenlijk varianten van de organische organisatie.

2.3.4. De populaire betekenis van bureaucratie

In de wetenschappelijke zin, zoals voor dit onderzoek gedefinieerd, is 'bureaucratie' een neutraal begrip, vergelijkbaar met een begrip als 'temperatuur': deze kan ook hoog of laag zijn. Pas als de temperatuur *te* hoog of *te* laag is, zal hier een waardeoordeel aan worden toegekend. Bijvoorbeeld: een organisatie die zeer centralistisch wordt aangestuurd, dus een hoge score kent op de dimensie centralisatie, kan demotiverend zijn voor de medewerkers van die organisatie. Hun kennis en talenten worden dan immers niet of onvoldoende benut. In de praktijk wordt 'bureaucratie' echter te pas en te onpas gebruikt in een meer populaire betekenis, getuige de volgende citaten:

'PVDA Rotterdam negeerde kiezer; de Rotterdamse PvdA heeft als grootste vergissing de solidariteit gebureaucratiseerd, volgens de commissie dom, technocratisch en onnodig, want daarmee verkilde de partij tot een apparaat'. (NRC, 5 november 2002).

'Ambtenaren van minister De Graaf gaan op pad met ouderenadviseurs om met eigen ogen te zien tegen welke papieren rompslomp ouderen aanlopen sinds de nieuwe kabinetsmaatregelen in onder meer de zorg van kracht zijn. Dat zijn de ouderenbonden en minister De Graaf overeengekomen tijdens een gesprek over de wanhoop die de toenemende bureaucratie bij veel ouderen teweegbrengt' (NRC, 2 maart 2004).

Deze citaten geven aan dat bureaucratie in het populaire taalgebruik vooral wordt gebruikt om aan te geven dat organisaties niet functioneren conform de wensen van de klant: het presteren van de organisatie wordt als bureaucratisch bestempeld. 'Bureaucratiseren' wordt zelfs als werkwoord gebruikt en betekent ook dan niet veel goeds. Bureaucratie wordt geassocieerd met starheid, red tape, formalisme, traagheid, inefficiency, sleur, gebrek aan initiatief, heerschappij van het precedent, letterknechterij, vlucht voor persoonlijke verantwoordelijkheid (A. van Braam, anhangsel in Albrow, 1971). Bekke (1990, p.5) geeft enkele benamingen van de overheidsbureaucratie: 'star, in zichzelf gekeerd, niet tot verandering geneigd, legalistisch, gericht op procedures in plaats van resultaten, zij onttrekt zich aan controle, ook van de politiek, zij is groot, log en groeit omgekeerd evenredig aan haar maatschappelijk nut'. Strauss memoreert dat 'ze (de bureaucratie) gewoonlijk wordt gebruikt als een weinig vleierende benaming voor een slecht werkend of in ander opzicht laakbaar administratief stelsel' (Strauss, 1965, p.41-42). Hij hanteert het woord bureaucratie voor de 'menigvuldige onvolmaaktheden in de opbouw en werking van omvangrijke organisaties' en gebruikt zo twee betekenissen van het begrip (thema 2 en 3) tegelijk. Hij citeert een Britse parlementaire commissie betreffende de opleiding van rijksambtenaren die na de Tweede Wereldoorlog als geconstateerde fouten opsomde: 'al te grote verering van het voorafgaande soortgelijke geval, ver afstaan van de rest der gemeenschap, ontoegankelijkheid voor het gewone publiek en verkeerde behandeling daarvan, gebrek aan durf om met iets nieuws te komen en gebrek aan verbeeldingskracht, ondoelmatige organisatie en verspilling van menselijke krachten, neiging tot uitstellen en onwil om verantwoordelijkheid te dragen of beslissingen te nemen' (Strauss, 1965, p.44).

Een evaluatieonderzoek gepubliceerd ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van de Nationale Ombudsman (Timmer en Niemeijer, 1994) geeft aan wat de klanten nu eigenlijk dwarszit.

De Nationale Ombudsman beoordeelt klachten van burgers over het functioneren van de overheid. Klachten ten aanzien van het bureaucratisch of niet-klantgericht handelen van de overheid. Door deze klachten te analyseren werd inzicht verkregen in de aspecten die belangrijk zijn in de maatschappelijke waardering van de overheid. De Nationale Ombudsman beoordeelt klachten via twee groepen beoordelingscriteria. De eerste groep heeft betrekking op de democratische rechtsstaat: het handelen van de overheid moet in overeenstemming zijn met de normen van het geschreven en ongeschreven recht. Het geschreven

recht zijn de mensen- en grondrechten, bevoegdheidsvoorschriften, vorm- en procedurevoorschriften en inhoudelijke voorschriften. Ongeschreven rechtsnormen zijn ontwikkeld in de jurisprudentie en in de doctrine. Deze zijn: redelijkheid en proportionaliteit, gelijkheid, rechtszekerheid, motivering en zorgvuldigheid. De tweede groep beoordelingscriteria heeft betrekking op behoorlijk bestuur: niet alles wat rechtmatig is, is ook behoorlijk. Ten aanzien hiervan zijn drie subcriteria gedefinieerd:

- ten aanzien van de procesgang in relatie met de burger: voortvarende behandeling, administratieve nauwkeurigheid, actieve informatieverstrekking, actieve opstelling in en bij onderzoek;
- ten aanzien van de voorzieningen in en van de organisatie: registratie, coördinatie, toegankelijkheid, voorzieningen ter bevordering van privacy en onpartijdigheid, adequate verblijfsomstandigheden, enzovoort;
- ten aanzien van het gedrag of de houding van de ambtenaar: correcte bejegening, respecteren van de persoonlijke levenssfeer, hulpvaardigheid, onbevooroordeeldheid, enzovoort.

De jaarverslagen van de Nationale ombudsman maken duidelijk dat klachten van burgers vaak betrekking hebben op de tweede groep criteria, zie tabel 2.11.

Resultaten van een evaluatieonderzoek Nationale Ombudsman
Beoordelingscriteria, het vaakst toegepast op gegrond verklaarde klachtonderdelen: Actieve informatieverstrekking Voortvarendheid in behandeling of herstel Administratieve nauwkeurigheid In acht nemen van algemeen verbindende voorschriften Redelijkheid en proportionaliteit

Tabel 2.11: Resultaten van een evaluatieonderzoek Nationale Ombudsman, 1994

Het onderzoek meldt optimistisch dat er ontwikkelingen zijn gesignaleerd die duiden op een veranderende opstelling van overheidsorganisaties. Als mogelijke oorzaken worden genoemd:

- het feit dat de uitvoerende kant van de bureaucratie zich meer gaat oriënteren op het publiek dan op de instandhouding van zelf ontwikkelde regelgeving (klantgerichtheid),
- de hiërarchische structuur van het ambtenarenapparaat wordt platter,
- ambtenaren zijn niet langer mechanische uitvoerders van het overheidsbeleid. Hun neutrale opstelling verandert in een politieke.

Een citaat van Bierens de Haan (1949, in Albrow, 1971) legt een relatie tussen de wetenschappelijke en de populaire betekenis van het begrip bureaucratie: 'Bureaucratie in de eerste algemene betekenis (ambtelijk apparaat) heeft steeds de neiging over te gaan in de tweede engere betekenis ('red tape'): zij behoeft slechts de weg van de minste weerstand te volgen om dat te kunnen volbrengen.' Dat dit in de praktijk ook zichtbaar is, getuige de volgende citaten:

'Onderwijsgeld gaat op aan bureaucratie. Het extra geld dat de rijksoverheid de afgelopen twintig jaar in het onderwijs heeft gestoken, gaat vrijwel volledig op aan de toenemende bureaucratisering van scholen. Het bedrag dat naar onderwijs aan leerlingen of studenten gaat, is nauwelijks veranderd' (NRC, 26 april 2004).

‘Volgens Per Saldo, de vereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, is het persoonsgebonden budget nieuwe stijl voor veel mensen nog te ingewikkeld. [] Per Saldo wil dat budgethouders een deel van het persoonsgebonden budget kunnen gebruiken om hulp in te huren voor het beheren van het budget’ (ZN Journaal 2003 nr.6 – 1).

2.4. Alternatieven voor de bureaucratische organisatie

De kritiek op de bureaucratische organisatie is dus zo oud als de ontwikkeling van het concept zelf. In de meer recente literatuur, vanaf 1990, wordt aangegeven dat de bureaucratische organisatie niet langer adequaat wordt geacht. Vooral de toegenomen turbulentie van de omgeving, de stormachtige technologische ontwikkelingen en de emancipatie van de gemiddelde werknemer die tegenwoordig een veel hoger opleidingsniveau heeft dan honderd jaar of vijftig jaar geleden, zijn hier debet aan. Er zijn daarom diverse nieuwe concepten ontwikkeld als alternatief voor de bureaucratische organisatie. Veelal zijn dit meer organische organisatieconcepten.

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op mogelijkheden om te debureaucratiseren. Vervolgens worden enkele alternatieven voor de bureaucratische organisatie besproken: de lerende bureaucratie van Adler en Borys (1996), de interactieve bureaucratie van Heckscher (1994), de post-entrepreneurial organisatie van Moss-Kanter (1989) en de infocratie van Zuurmond (1994). De samenvatting in paragraaf 2.4.6 ordent de voorstellen die deze verschillende alternatieven aanreiken volgens de organisatiegebieden van het INK-managementmodel.

2.4.1. De slecht geleide bureaucratie

Heckscher (1994) stelt vast dat allerlei slechte eigenschappen vaak ten onrechte worden toegeschreven aan een bureaucratische organisatie. Kritiek op de bureaucratie als ideaaltipe moet volgens hem worden onderscheiden van kritiek op de *slecht geleide* bureaucratie. En er zijn volgens Heckscher veel slecht geleide bureaucratieën: ‘een goede bureaucratie heeft geen vet (posities worden secuur bepaald door de analyse van taken), is niet zacht (een sterk beheerssysteem controleert het behalen van resultaten en beloont dit) en is niet per definitie inflexibel (opdrachten van de top worden snel en goed uitgevoerd)’ (Heckscher, 1994, p.18-19). Een succesvolle bureaucratie kan echter, zonder de druk van de omgeving, traag worden en de resultaatgerichtheid verliezen. Als voorbeeld hiervan noemt Heckscher General Motors: in de jaren 1920-1930 een goed geleide organisatie. Toen de concurrentie was uitgeschakeld werd de organisatie echter vet en traag. Deze problemen zijn met enige inspanning goed op te lossen. Veel pogingen tot ‘ontbureaucratiseren’ zijn niets anders dan het wegsnijden van vet en het afdwingen van resultaatgerichtheid. Een slecht geleide bureaucratie kan zo op relatief simpele wijze de prestaties verbeteren: door slechte elementen te elimineren en terug te gaan naar het zuivere model (Heckscher, 1994, p.20).

Peters (1993) geeft diverse voorbeelden voor het opruimen van dergelijke slechte elementen:

Verminder de staf op het hoofdkantoor tot 10% door overbodige taken te schrappen, staftaken te decentraliseren naar de productie-eenheden waarvoor zij werken en zelfstandige service-units te creëren die hun diensten concurrerend met externe aanbieders moeten doorbelasten naar de interne afnemers. Sloop hiërarchische lagen door beslissingsbevoegdheden te decentraliseren en door de menselijke maat terug te brengen in een organisatie: een manager moet zijn medewerkers persoonlijk kennen. Bevorder de integratie en het delen van kennis door de functionele verkokering af te bouwen. Breng verschillende disciplines bijeen (hij noemt dit de relatievolutie), breng staffers

naar de werkvloer en breng de manager naar de klant. Relevante informatie moet openbaar zijn. Prestatiemetingen moeten betrouwbaar, snel en toegesneden op de informatiebehoeften zijn. Bevorder de snelheid van besluitvormingsprocedures. Stroomlijn de processen en laat de informatietechnologie niet belemmerend of vertragend werken. Pas psychologie op een juiste wijze toe door vertrouwen te schenken, door soms te vertragen om te versnellen en door de gewenste cultuur te bevorderen. Versterk het bedrijfsgevoel met behulp van een aansprekende visie en stel altijd de klant centraal.

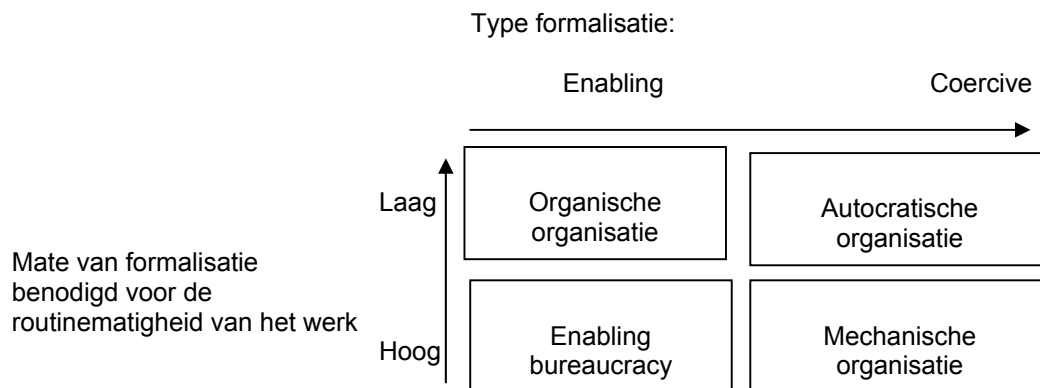
Bovenstaande suggesties verbeteren volgens Peters het werkklimaat en het prestatieniveau van de organisatie. Onderstaande alternatieven bevatten eveneens dergelijke suggesties maar zij gaan nog wat dieper.

2.4.2. De lerende bureaucratie

Adler en Borys (1996) geloven niet dat de bureaucratische onderneming zal worden vervangen door iets heel anders. Zij schetsen daarom geen alternatief, maar zij geven aan op welke wijze een lerende bureaucratie vorm kan krijgen. Zij richten zich daarbij op de rol die 'formalisatie' speelt in een organisatie. Formalisatie wordt door hen gedefinieerd als de mate van geschreven regels, procedures en instructies.

De rol van formalisatie

De dichotomie mechanische en organische organisatie wordt door hen uitgebreid tot een vierdeling, door niet alleen de mate van formalisatie maar ook het type formalisatie uit te zetten op een schaal van enabling tot coercive. 'To enable' betekent 'mogelijk maken, faciliterend', 'coercive' betekent afgedwongen, opgelegd. Zo ontstaat het beeld uit figuur 2.6 (Adler en Borys, 1996, p.78). In organisaties waar veel routinematig werk voorkomt, zoals de auto-industrie waar Adler (1992) zijn onderzoek heeft verricht, is formalisatie van groot belang. Weber onderscheidde twee soorten gezag: het gezag van het ambt en het gezag dat werd uitgeoefend op basis van kennis. Zo ontstond onderzoek naar de effecten van de afgedwongen discipline (met als mensbeeld: onverantwoordelijk en recalcitrant) en onderzoek naar de technologische efficiency van de bureaucratie (met als mensbeeld: gehoorzaamend aan de regels omdat erkend wordt dat deze regels de beste werkwijze voor-schrijven). Adlers onderzoek bevestigt dat beide gezichtspunten een basis hebben in de praktijk.



Figuur 2.6: Formalisatie bij Adler en Borys, 1996

Adler en Borys halen onderzoek aan dat een positieve relatie bevestigt tussen formalisatie en absentisme, stress, een gevoel van machteloosheid en vervreemding en een negatieve relatie tussen formalisatie en innovatie en arbeidsvoldoening en arbeidstevredenheid. Anderzijds, zo stellen Adler en Borys kunnen werknemers formalisatie ook zien als een welkome bijdrage aan efficiency. Goed ontworpen en goed ingevoerde procedures vergemakkelijken het werk en verhogen de vaktrots (Deming, 1986). Procedures reduceren rolconflicten en dubbelzinnigheid, verlagen stress, vervreemding en emotionele uitputting en verhogen de arbeidsvoldoening (diverse auteurs, zie Adler en Borys, 1996, p.64). Ook de stelling dat formalisatie negatief werkt op innovatie is omstreden. Formalisatie faciliteert innovatie als de procedures de geleerde lessen van het verleden bevatten en faciliteert ook projecten op grotere schaal (geciteerd uit Adler en Borys (1996)).

Deze tegenstrijdige resultaten zouden door de contingentietheorie te verklaren zijn, als kon worden aangetoond dat zij onder verschillende omstandigheden gelden. Dus: een hoge routinematigheid van taken en veel formalisatie of een lage routinematigheid met lage formalisatie zou dan leiden tot positieve uitkomsten en vice versa. Dit wordt volgens Adler en Borys niet voldoende aannemelijk gemaakt. Er moet dus een andere verklaring zijn. Door niet alleen de mate van formalisatie (laag of hoog) maar ook het *type* formalisatie (enabling of coercive) te betrekken in de discussie, ontstaat een uitweg voor het probleem dat een hoge score op de dimensie formalisatie altijd zou leiden tot negatieve gedragskenmerken van medewerkers. In deze visie is het mensbeeld bepalend voor het feit of deze opening wordt gevonden.

Goede en slechte regels

Adler en Borys beginnen hun verklaring bij Gouldner (1954) die drie soorten bureaucratie onderscheidt. De 'representative bureaucracy', waar regels de belangen van managers én medewerkers behartigen, bijvoorbeeld in het geval van veiligheidsvoorschriften. De 'punishment-centered bureaucracy', waar regels dienen om de belangen van één partij te legitimeren in geval van conflicten, bijvoorbeeld 'u mag niets gebruiken van de organisatie voor privédoelen'. En tot slot de 'mock bureaucracy', waar regels door management en medewerkers worden genegeerd: 'u mag hier niet roken'. Er zijn dus blijkbaar, concluderen Adler en Borys, goede en slechte regels. Welke regels zijn dan goed en welke slecht?

Adler en Borys gebruiken voor de beantwoording van deze vraag de resultaten van onderzoek naar de effecten van automatisering. Apparatuur kan namelijk zo worden ontworpen dat mensen deze 'dom' kunnen bedienen, óf apparatuur wordt zo ontworpen dat mensen kunnen leren hoe het apparaat werkt en zij zelf storingen kunnen oplossen. Deze twee scholen worden volgens Adler en Borys op diverse manieren aangeduid: deskilling versus usability, technocentric versus anthropocentric, systems design versus tool design.

Er liggen verschillende mensbeelden ten grondslag aan deze twee scholen. Enerzijds: de mens is een bron van problemen die zoveel mogelijk geëlimineerd moeten worden. Anderzijds: de mens is een bron van kennis en vaardigheden die ondersteund moet worden. In de eerste school is werk een bron van fouten en het doel van het ontwerp is om de gebruiker *uit* de beheersingskring te werken. De tweede school erkent dat apparatuur onderhevig is aan storingen en het doel van het ontwerp is de gebruiker zo effectief mogelijk te kunnen laten ingrijpen als er problemen zijn.

Enabling en coercive formalisatie

Adler en Borys ontwikkelen de begrippen enabling formalisatie en coercive formalisatie door eerst te beschrijven welke onderzoeksresultaten zijn gevonden bij het ontwikkelen en invoeren van 'equipment' technology (apparatuur, automatisering) en vervolgens een parallel te trekken naar de 'organizational' technology (procedures). Zij onderscheiden enabling en coercive procedures ten aanzien van de aard van de procedures, het ontwerpen hiervan en de wijze van invoeren van procedures.

Aard van de procedures

Er zijn vier generieke kenmerken die de aard van een machine bepalen en deze kenmerken gelden ook voor het ontwerp van procedures: onderhoud en reparatie, interne transparantie, global transparantie en flexibiliteit.

Onderhoud en reparatie

De enabling visie stelt dat gebruikers zich een mentale voorstelling moeten kunnen maken van hoe het systeem functioneert. Deze mentale voorstelling bevordert dat mensen fouten kunnen oplossen, verbetervoorstellen kunnen doen en kunnen evalueren. Het gebruik van apparatuur wordt gezien als een dialoog. Het begrip van het apparaat neemt toe doordat de gebruiker zelf fouten oplost, bijvoorbeeld met de ingebouwde helpfunctie of het 'undo' commando. De coercive visie stelt dat een dergelijke mentale voorstelling overbodig is: mensen hoeven alleen instructies uit te voeren. In deze visie wordt de routinematige productie gescheiden van het niet-routinematig onderhoud en verbetering en deze functies worden bij verschillende specialisten belegd. De verbetervoorstellen van de technici krijgen een hogere prioriteit dan de verbetervoorstellen van de gebruikers, die daarom uiteindelijk stoppen met het doen van verbetervoorstellen. Als er iets fout gaat moeten de technici het oplossen. Gebruikers gaan deze onderbrekingen zien als een welkome afwisseling van het werk en gaan hierom fouten maken. Zo wordt het gebrek aan vertrouwen van het management beantwoord.

Interne transparantie

In de enabling visie moet de gebruiker een concept hebben van hoe een apparaat werkt en is status-informatie continu op te vragen. De gebruiker wordt niet overstelpt met informatie maar krijgt deze gedoseerd en zoveel als nodig is, toegediend. De gebruiker heeft zicht op het proces dat door de procedure wordt beheerst doordat de sleutelstappen worden aangegeven. De ratio is duidelijk voor de gebruiker. Deze krijgt feedback over zijn eigen functioneren, doordat prestaties worden afgezet tegen historische prestaties. Als formulieren nodig zijn in een procedure, wordt niet een blanco versie getoond maar de ingevulde best-practise tot dan toe. In de coercive, deskilling visie op interne transparantie is status-informatie alleen nodig in het geval er iets fout gaat en wordt deze in technicientaal gepresenteerd. Procedures zijn platte instructies (doe dit, dan dat). Alleen de technici hoeft de ratio te begrijpen. Afwijkingen worden gestraft.

Global transparantie

Global slaat op het grotere geheel: medewerkers moeten enige notie hebben van het systeem waarin zij functioneren en niet alleen van de procedures waar zij zelf mee werken (interne transparantie). In de enabling visie wordt de kennis van het volledige proces gezien als waardevol voor medewerkers omdat dit hen ondersteunt in het optimaliseren van hun eigen proces, in het signaleren van verbetermogelijkheden, in hun bijdrage aan de volgende schakel of zelfs het gehele systeem. Procedures verschaffen informatie over de persoonlijke - of afdelingsbijdrage aan het geheel. Er wordt informatie verschaft over de context, zodat medewerkers creatief kunnen interacteren met andere delen van de organisatie en zelfs met de omgeving van de organisatie. De coercive visie verstrekt deze informatie slechts op een 'need-to-know' basis. Dat medewerkers zich buiten hun specifieke taak begeven is een bedreiging van het management en dit risico moet worden geminimaliseerd.

De procedures voor het inbrengen van verbetervoorstellen zijn vaak exemplarisch voor de ene of de andere visie. In de enabling visie wordt gestimuleerd dat iedereen met verbetervoorstellen komt, hoe klein deze ook mogen zijn. De wijze waarop deze voorstellen worden behandeld wordt in detail bekend gemaakt, evenals de criteria waarmee de voorstellen worden geprioriteerd. Door dit zo te doen wordt medewerkers geleerd wat belangrijk is in de organisatie en waarom. In de coercive visie wordt gemikt op enkele verbetervoorstellen die vooral veel opbrengen. Het management wil zelf beslissen welke voorstellen worden verworpen of aangenomen. De wijze waarop verbetervoorstellen worden behandeld

wordt duister gehouden, medewerkers weten niet welke criteria worden gehanteerd, wie eigenlijk evalueert, waar hun voorstel zit in het besluitvormingsproces en waarom het uiteindelijk wordt aangenomen of verworpen.

Flexibiliteit

In de enabling visie worden afwijkingen van de procedures gezien als waardevolle signalen dat deze verbeterd kunnen worden. In de coercive visie zijn procedures voorschrijvend, zij dienen gevolgd te worden. Alleen superieuren kunnen de procedures aanpassen.

Het ontwerp van procedures

Als gebruiksgemak het doel is van het ontwerp van het apparaat, is gebruikersinbreng in een zo vroeg mogelijk stadium gewenst. Gebruikerswensen worden zo snel mogelijk en continu als aandachtspunt gedefinieerd, de verschillende aspecten van gebruiksgemak worden integraal meegenomen in het ontwerp, er wordt zo snel mogelijk en continu getest met gebruikers en een iteratief ontwerpproces zorgt voor vergaande verbeteringen op het eerste ontwerp. Deze visie betekent voor het ontwerp van procedures dat medewerkers, mits goed getraind en gefaciliteerd, de voor hen relevante procedures zelf ontwikkelen. Dit heeft een positief resultaat op de kwaliteit van de procedures en op het gedrag van de medewerkers die ermee gaan werken. In de coercive visie wordt een apparaat juist ontworpen door technici, specialisten: gebruikersinbreng is niet gewenst.

Invoeren van procedures

Het invoeren van nieuwe technologie kan verschillende effecten hebben: óf de nieuwe techniek wordt aangepast aan de situatie óf de techniek schrijft voor dat juist de organisatiestructuur en werkwijzen moeten worden aangepast om deze effectief in te zetten. De parallel naar procedures is hier wat moeilijker. Er zijn duidelijke verschillen tussen techniek en procedures. Techniek wordt geïmporteerd in een organisatie, procedures worden intern ontwikkeld. Techniek wordt door organisaties gemaakt voor verschillende klanten en moet dus generiek zijn, procedures worden op maat gemaakt. Procedures die volgens de enabling visie zijn ontwikkeld kunnen nog volgens een coercive manier worden ingevoerd, namelijk dwingend opgelegd. Blau (1955) beschrijft dat een effectieve bureaucratie zijn procedures aanpast als dit nodig blijkt. Hiervoor zijn randvoorwaarden: een minimum aan zekerheid ten aanzien van werkgelegenheid, een professionele oriëntatie op werk, stabiele groepen die de trouw van leden afdwingen, afwezigheid van conflicten tussen management en medewerkers en organisatiebehoeften die worden ervaren als urgent. Adler (1992) voegt daaraan toe: inspraak van medewerkers, vaardigheden bij medewerkers en procesbeheersing.

Wanneer enabling, wanneer coercive formalisatie?

Als de organisatiedoelen afwijken van individuele doelen, kan de formalisatie niet enabling zijn, want een medewerker kan zich in dit geval niet identificeren met zijn taak. Als organisatiedoelen overeen komen met individuele doelen, dan ervaren medewerkers de enabling formalisatie ook niet meer als een inperking van de individuele autonomie, maar als een efficiënte manier om het werk te doen. De overeenkomst van organisatiedoelen met persoonlijke doelen is dus de kritische factor.

Krachten die het coercive type formalisatie bevorderen zijn asymmetrische machtsverhoudingen in de organisatie en de afwezigheid van 'reality checks'. Adler en Borys formuleren als hypothese dat in organisaties waar de machtsbalans meer asymmetrisch is, het coercive type zal gaan domineren. De verdeling van macht, kennis, vaardigheden en beloning, de vier dimensies waarop organisaties die een hoge betrokkenheid wensen veel kunnen decentraliseren, is van belang voor het type formalisatie dat uiteindelijk ontstaat. Zowel Weber als Blau argumenteerde dat de externe impulsen tot verbetering een voorwaarde zijn voor een organisatie om zich aan te passen. Als deze 'reality check' ontbreekt, bijvoorbeeld via concurrentie of eisende klanten, worden organisaties navelstarend (Pfeffer en Salancik, 1978). Dit bevordert het coercive type formalisatie of de mock bureau-

cracy. Meer algemeen: organisaties die geen druk kennen op hun presteren, zullen minder snel het enabling type formalisatie ontwikkelen. Omgekeerd geredeneerd is echter ook aangetoond dat sterke druk vanuit de omgeving leidt tot centralisatie, wat het coercive type formalisatie bevordert.

Het enabling type formalisatie krijgt in de publieke opinie meer sympathie. Er kan competitief voordeel worden behaald als medewerkers hun 'hersenen niet bij de deur inleveren' maar meedenken over verbetering van de bedrijfsprestaties. Adler en Borys (1996, p.83) stellen dat ook met het toenemen van de automatisering in organisaties, het relatieve voordeel van enabling procedures toeneemt. De automatisering neemt de routinetaken over en de resterende taken voor medewerkers vereisen meer kennis en vaardigheden.

De lerende bureaucratie

In een lerende bureaucratie, zo stellen Adler en Borys: hoeven procedures niet foolproof te zijn. Procedures stellen medewerkers in staat om effectief om te gaan met inconsistenties, zij zijn het geheugen van de organisatie en bevatten de 'geleerde lessen'. Formalisatie codificeert de 'best practise' en legt zo de kennis van de organisatie vast. Goede procedures worden in de lerende bureaucratie gezien als waardevolle bronnen voor medewerkers om te voldoen aan wensen van de klanten (Blau, 1955).

2.4.3. De interactieve organisatie

Heckscher e.a. (1994) schetsen wel een echt alternatief voor de klassieke bureaucratische organisatie. Een alternatief dat vooral de problemen van een hoge score op de dimensies centralisatie, hiërarchie en specialisatie oplost.

Zij zien in de praktijk ontwikkelingen in organisaties die de pijlers van de bureaucratie ondermijnen: zelfsturende teams, multidisciplinaire samenwerking, informatietechnologie die communicatienetwerken ondersteunen en die informatie ontsluit die voorheen was voorbehouden aan het hogere management, de opening van voorheen gesloten organisatiegrenzen zoals de ontwikkeling van relaties met leveranciers en klanten, de erkenning van het belang van onderhandelde oplossingen in plaats van opgelegde oplossingen en allerlei nieuwe managementrollen zoals leiders van een taskforce, coördinatoren, et cetera. Deze ontwikkelingen hebben één ding gemeen volgens Heckscher e.a: zij leggen de nadruk op beïnvloedingsrelaties in plaats van op machtsrelaties. Er wordt overeenstemming gezocht tussen mensen met verschillende kennis en belangen, door directe verbanden aan te leggen in plaats van via de hiërarchie te werken.

Er zit iets radicaals in deze ontwikkelingen, stellen Heckscher en Applegate (1994, p.3): de logica erachter past niet goed in de bureaucratische werkwijze. Op basis van deze losse trends construeert Heckscher een nieuw ideaaltype, de interactieve organisatie, dat de logica achter deze ontwikkelingen probeert te vangen. Er bestaat geen levend voorbeeld, stelt Heckscher van een organisatie die dit ideaaltype zelfs maar benadert. Als er al een post-bureaucratische organisatie bestaat, is deze slechts in embryonaal stadium zichtbaar. Het zal ook nog jaren duren voordat deze postbureaucratische organisatie volledig is ontwikkeld. De bureaucratie heeft zijn waarde bewezen en zal alleen worden vervangen door iets dat significant beter werkt.

De aard van de crisis

Heckscher signaleert twee oorzaken van het ontstaan van een interactieve organisatie. Als eerste de technologische ontwikkelingen: deze maken tijd en plaats onbelangrijk, zij maken informatie tot een belangrijk economisch goed en doen de grenzen tussen en binnen organisaties vervagen. Als tweede de human resource ontwikkelingen: opleidingseisen en

het opleidingsniveau van medewerkers zijn hoger dan voorheen, hiërarchische carrièrepaden zijn onduidelijker geworden en het commitment aan de organisatie moet nu op andere wijzen worden geborgd dan voorheen, doordat deeltijdwerk en tijdelijke dienstverbanden de loyaliteit van medewerkers sterk verminderen.

Wat zijn volgens Heckscher de knelpunten van de zuivere bureaucratische organisatie? Hij onderscheidt enkele fundamentele problemen die inherent zijn aan het ideaaltipe van de bureaucratische organisatie en dan vooral aan de segmentatie (lees specialisatie) van verantwoordelijkheden in dit ideaaltipe. Segmentatie die vitaal is in de hoge effectiviteit van deze structuur die massaproductie verzorgt, maar die ook veroorzaakt dat mensen slechts verantwoordelijk zijn voor hun eigen functie. Het werk wordt opgeknipt in stukjes. Iemand die wil communiceren buiten zijn stukje, doet dat via zijn baas, anders verstoort hij het systeem van verantwoordelijkheden en hiërarchie. Een uitgesproken bureaucratische houding is: 'dat is niet mijn/jouw werk'.

Het weggooien van intelligentie

Een eerste knelpunt is het feit dat het ideaaltipe slechts een fractie van de intellectuele capaciteit van medewerkers benut. Er is al vaak bewezen dat medewerkers beter dan managers weten hoe zij hun werk kunnen verbeteren. Denk bijvoorbeeld aan het succes van kwaliteitcirkels. Medewerkers weten ook beter dan de stafmedewerkers die hun functies ontwerpen, wat de beste werkmethode is. Een vooronderstelling van de bureaucratie is dat topmanagers over alle informatie beschikken om de beste oplossingen voor het gehele systeem te bedenken. Een alternatief is dat de strategie ontwikkeld wordt in een proces waarbij alle intelligentie van de organisatie wordt betrokken. Een dergelijk proces levert betere resultaten op, al is de top nog zo slim. De vraag is dan: kan dit proces functioneren zonder dat een chaos ontstaat?

Het onbeheersbare informele circuit

Een tweede probleem van de bureaucratische organisatie is dat de segmentatie in een bureaucratie niet in staat is het informele circuit effectief te beheersen. De formele lijnen zijn te beperkt om het werk echt goed te laten verlopen. Als iedereen werkelijk volgens de regels zou werken en alle communicatie werkelijk via zijn baas zou laten verlopen, zou de organisatie onherroepelijk vastlopen. Dit informele circuit is echter verborgen. Meestal werkt dit in het voordeel van de organisatie, maar het kan zich ook tegen de organisatie keren. Medewerkers kunnen afspreken de productienormen te drukken, managers kunnen koninkrijkes bouwen of onderling deals sluiten. Deze praktijken zijn niet te beheersen. Taylor probeerde hier een eind aan te maken door het werk zo te rationaliseren en de standaarden zo dwingend op te leggen dat het informele circuit werd vernietigd.

Leiderschap in een bureaucratie houdt in te begrijpen 'hoe de hazen lopen' en te proberen deze ondergrondse processen in te zetten voor de organisatiedoelinden. Maar, stelt Heckscher (1994, p.22) 'even in the most favorable cases, under the best leadership, lateral politics are systematically limited: they do not maximally contribute to the functioning of the organization': het informele circuit is gebaseerd op persoonlijk vertrouwen en vriendschap maar benut niet per definitie alle beschikbare kennis in de organisatie; het informele circuit bestaat vaak uit homogene groepen, maar deze groepen werken niet op een gestructureerde wijze; conflicten tussen deze formeel niet bestaande groepen zijn lastig op te lossen want er is geen open dialoog; en meningsverschillen tussen de hiërarchische lagen in een bureaucratie leiden vaak tot een vicieuze cirkel van machtsuitoefening en weerstand bieden.

De moeizame organisatieverandering

Ten derde: een bureaucratie evolueert niet geleidelijk maar met schokken. Rustige perioden worden afgewisseld door heftige revoluties die de top zelf veroorzaakt. Deze schokken worden ook veroorzaakt door de segmentatie. De top bedenkt een plan, het middenmanagement overziet het gehele plan niet en legt de problemen bij het hogere management. De top handelt via de formele structuur. Daarom brengt verandering vrijwel altijd een reorga-

nisatie met zich mee: een pijnlijk proces voor de mensen die weer een nieuwe baan of een nieuwe baas krijgen. De top overziet slechts een deel van de noodzakelijke verandering en heeft relatief kort de tijd om deze volledig te realiseren. Er moet dus geforceerd worden. Een laatste oorzaak van de schokken is de al eerder genoemde neiging tot degenereren, die alleen gekeerd kan worden door plotselinge en dramatische 'shaking-up'acties van de top. Dit degenereren wordt volgens Heckscher veroorzaakt doordat regels en procedures de neiging hebben om zich te vermenigvuldigen. Een gemaakte fout moet in de toekomst worden voorkomen en daartoe wordt een regel gemaakt. Er worden echter nooit regels afgeschaft. De operationele verantwoordelijkheid heeft bovendien de neiging naar boven te klimmen: als er een fout is gemaakt gaat een hogere managementlaag zich ermee bemoeien. Maar wie duwt die verantwoordelijkheid weer terug naar beneden? Tot slot worden regels ook heilig en een doel op zich, omdat mensen verantwoordelijk zijn voor het naleven en toepassen van de regels maar niet voor het bredere doel dat met die regels bereikt moet worden. Psychologisch is het dan verklaarbaar dat mensen zich vereenzelvigen met de regels en niet met het doel. Op deze manier groeit geleidelijk aan de irrationaliteit. De top ontdekt dit pas na verloop van tijd en probeert dan het systeem opnieuw uit te balanceren. Dit geeft de genoemde schokken.

Het idee groeit dat effectieve organisatieverandering een eigen dynamiek heeft. Er zijn veel mensen bij nodig die via nieuwe inzichten over vele jaren een verandering bewerkstelligen. De schokken zijn daarin slechts een klein onderdeel en het is zeker niet de meest effectieve periode van een organisatieontwikkeling. De bureaucratische structuur is kortom volgens Heckscher niet de beste om deze organisatieverandering te managen.

Bedrieglijke varianten

Hoe moet het dan wel? Heckscher stelt dat veel bedrijven die zeggen te debureaucratiseren, dit feitelijk niet doen. Hij noemt dit de bedrieglijke varianten (Heckscher, 1994, p.28-35).

De geschoonde bureaucratie

De geschoonde bureaucratie schrapt het teveel aan regels. 'Verantwoordelijkheden van organisatieonderdelen worden verruimd, er worden bevoegdheden gedecentraliseerd, er wordt prestatiebeloning ingevoerd en er wordt 'management by objectives' ingevoerd. Hoewel dit revolutionair lijkt, wordt er slechts teruggedaan naar de zuivere en oorspronkelijke concepten. Het feit dat dit nodig is, is het bewijs van de hiervoor beschreven neiging tot het degenereren van de bureaucratie. Andere namen van deze variant zijn 'just-in-time' en Total Quality Management. Deze concepten leggen de bureaucratische analysetools in de handen van de medewerkers. De organisatie wordt slanker: staforganen worden kleiner en hiërarchische lagen worden minder. Er komt echter geen dialoog tot stand tussen de organisatie-onderdelen.

Peter Drucker's 'new organization' is het scherpste concept van de geschoonde bureaucratie. Hij schetst de British Civil Service en een symfonieorkest als voorbeeld. Een alwetende dirigent leidt autonome muzikanten. Dit leidt tot empowerment, maar niet tot geïnformeerde consensus. Het hierna beschreven interactieve model vergroot niet de autonomie van de organisatieonderdelen maar brengt de dialoog tot stand. Autonomie (zeg me wat ik moet doen en laat het me dan alleen doen) is een bureaucratisch kenmerk. Organisaties die dit toepassen gaan al snel weer terug naar het oude model: managers maken fouten, de eenheid gaat verloren, het wordt inefficiënter of er zijn te weinig carrière-mogelijkheden meer over. Zo wisselen centralisatie en decentralisatie elkaar af in een steeds sneller tempo. Beiden lossen namelijk het probleem niet op. Teamwerk en dialoog leiden tot een nieuw paradigma, maar de roep om autonomie brengt de organisatie weer veilig terug naar de oude en solide bureaucratie' (Heckscher, 1994, p. 28-30).

De gesloten gemeenschap

Een ander alternatief voor de bureaucratie is de gesloten gemeenschap. De sterke bedrijfscultuur wordt bepaald door kleding, taal en rituelen: 'zo werken wij hier'. Deze bedrijfscultuur vermindert de behoefte aan regels maar het nadeel is dat strategische flexibiliteit ook wordt belemmerd door deze sterke waarden: de stem van de omgeving wordt gedempt. Loyaliteit, een gedeelde identiteit binden als het ware het informele circuit, het gat dat door de bureaucratie niet wordt afgedekt. Er ontstaat vertrouwen en samenwerking gericht op het organisatiedoel. De leider is vaak intern opgeklommen en kan met die ervaring muren slechten. Mensen voelen zich speciaal, zij horen bij de club. Ondergrondse netwerken zoals in de bureaucratie, bestaan hier niet. Ieder is gebonden aan het organisatiebelang, ook de lagere regionen weten waar de organisatie voor staat. Nadelen zijn er echter ook: de sterke waarden van de organisatie kunnen belemmerend werken op noodzakelijke verandering, de neiging om de buitenwereld buiten te sluiten maakt de organisatiegrenzen inflexibel, de belofte van veiligheid (werkgelegenheid) waar deze organisaties op drijven, kan niet altijd nagekomen worden en de leider, vaak de oprichter, staat voor de waarden van de organisatie. Als hij of zij wegvalt, blijkt hoe kwetsbaar de organisatie op dit punt is. Het oorspronkelijke enthousiasme over deze vorm (bij de ontdekking van de Japanse managementstijl) is daarom behoorlijk geslonken.

Het marktmodel

Een derde alternatief, het marktmodel, brengt de markt binnen de organisatie. De markt zou beter werken dan de hiërarchie. Voorbeelden hiervan zijn een interne klantbenadering en functionele ondersteunende afdelingen die hun producten en diensten moeten verkopen tegen marktconforme prijs/kwaliteit verhoudingen. Het verschil met de geschoonde bureaucratie zit in de persoon die de norm stelt.

In de geschoonde bureaucratie stelt de leiding vast dat de onderhoudskosten voor product x met 10% moeten dalen. Als de afdeling dit haalt wordt zij beloond. In het marktmodel stelt de interne klant de norm. Of de afdeling wordt beloond hangt af van deze interne klant. Het probleem met deze variant is inherent aan de markt: het op economische wijze intern contracten afsluiten is onvoldoende als coördinatiemechanisme. Bureaucratieën ontstonden juist om grote aantallen mensen te richten op *gezamenlijke* organisatiedoelen.

Er ontstaat iets paradoxaals als marktmechanismen in de organisatie worden gebracht. Mensen begrijpen de overkoepelende doelen niet meer en richten zich op hun deel van het werk. De interne markt lijkt niet op een gewone marktsituatie omdat nog steeds het hogere management de organisatiedoelen en de randvoorwaarden bepaalt. In dit model kunnen ongezonde situaties ontstaan, zoals een kleine groep succesvolle mensen die ten koste van het geheel hun belangen doordrijven, overheersend korte-termijn denken en instabiliteit. Het is nog niet duidelijk, stelt Heckscher of deze nadelen worden veroorzaakt door fouten in het concept of door een foutieve implementatie.

De oorsprong van het marktmodel is gelijk aan de oorsprong van het interactieve model: de-bureaucratisering, het willen afbreken van formele regels en andere beperkingen. Het marktmodel leidt vervolgens tot een netwerk van gespecificeerde interne contracten. Het interactieve model leidt tot dialoog en vertrouwensbanden. Het marktmodel handhaaft een belangrijk bureaucratisch kenmerk: mensen blijven werken in gesegmenteerde afdelingen die alleen bij de top samenkomen.

De simpele federatie

Een laatste, weinig uitgewerkt alternatief is het tegendeel van de bureaucratie: de federatie die individuele autonomie garandeert en die de hiërarchie vrijwel uitbant. Ook hier is het manco dat het moeilijk is om een overall strategie te formuleren. De structuur biedt geen reflectie op wat werkt en wat niet. Het interactieve model daarentegen heeft een geweten. De bijdrage van ieder aan het geheel wordt expliciet gemaakt en regelmatig opnieuw beoordeeld. Het interactieve model gaat uit van de collectiviteit en kent een hiërarchie die door dialoog wordt gestuurd.

De interactieve organisatie

Hoe moet het dan wel? Heckscher beschrijft dat twee organisatievormen al geruime tijd ervaring hebben met enkele principes van de hierna beschreven interactieve organisatie. Net als Mintzberg roemt Heckscher de wijze van samenwerken van professionals en van wetenschappers. De sterke socialisatie, collegiale toetsing en onderlinge bijsturing, de wijze van besluitvorming en de drive om continu te verbeteren zijn voor Heckscher belangrijke pluspunten. De door Mintzberg genoemde nadelen van de professionele bureaucratie worden echter wel door Heckscher onderschreven. Hij ontwikkelde vervolgens de 'interactieve organisatie' als een ideaaltype.

Dit ideaaltype moest vier testen kunnen doorstaan: het ideaaltype moest consistent zijn met sociologische wetten die in ander empirisch onderzoek zijn bevestigd; het ideaaltype moest fundamenteel anders zijn dan het ideaaltype 'bureaucratie'; het ideaaltype moest qua model intern consistent zijn; en het ideaaltype moest consistent zijn met de weinig beschikbare data die nu in de empirie te vinden zijn. Het concept achter dit ideaaltype is dat iedereen de verantwoordelijkheid neemt voor het succes van de gehele organisatie. Het systeem moet dus bevorderen dat mensen met elkaar in contact komen rond problemen in plaats van rond structuren. Beheersing moet gericht zijn op het managen van relaties. Tweezijdige communicatie is de kritische factor, vandaar de naam 'interactieve' organisatie. De structuur moet geïnformeerde consensus ontwikkelen in plaats van te vertrouwen op hiërarchie en autoriteit. Het ideaaltype 'interactieve organisatie', een postbureaucratische organisatie, wordt met de volgende kenmerken beschreven (Heckscher, 1994, p.25-28).

1. In de bureaucratie komt consensus tot stand door in te stemmen met de autoriteit, de regels en traditie. In de postbureaucratie door geïnstitutionaliseerde dialoog.
2. De dialoog wordt beslist via de kracht van beïnvloeding, argumenten en overtuiging in plaats van macht. Ook dit is overigens een hiërarchie: sommigen hebben meer kennis, meer overtuigingskracht, meer bewezen effectiviteit. De postbureaucratie kent dus geen egalitair systeem, maar de hiërarchie van kennis wordt niet bestendigd in vaste banen met meer zeggingskracht.
3. Beïnvloeding is gebaseerd op het vertrouwen dat iemand het beste voorheeft met het geheel in plaats van met zichzelf en persoonlijk gewin nastreeft. Een systeem dat de nadruk legt op beïnvloeding heeft een hoger niveau van onderling vertrouwen nodig dan een systeem dat gebaseerd is op hiërarchische macht. De belangrijkste bron van dit onderlinge vertrouwen is de onderlinge afhankelijkheid: het inzicht dat het succes van het geheel alleen bereikt kan worden door de bijdragen van alle individuen. Dit inzicht moet dan ook aanwezig zijn.
4. Omdat onderlinge afhankelijkheid de kritische en integrerende factor is, is de *missie* van de organisatie van wezenlijk belang. Mission statements lijken zo onschadelijk, stelt Heckscher. Maar zij zijn cruciaal voor de integratie in een organisatie die niet is opgebouwd uit functies en procedures. De te bereiken organisatiedoelen moeten volledig en door alle medewerkers worden begrepen, om te bereiken dat zij hun handelen op een intelligente manier hierop afstemmen.
5. Om individuele bijdragen te kunnen koppelen aan organisatiedoelen, moet informatie over het bereiken van die doelen wijd verspreid worden. Dit maakt het mogelijk voor medewerkers om los van vast gedefinieerde functies na te denken over verbeteringsmogelijkheden. De automatisering faciliteert deze verspreiding. Als bijvoorbeeld productiemedewerkers inzicht hebben in hun eigen productie en in de gewenste productie (de organisatiestrategie) kunnen zij creatief en coöperatief meewerken om de gestelde doelen te bereiken. De cijfers worden ook meer betrouwbaar als medewerkers hierop kunnen reageren. Dit vergt een nieuwe rol van het middenmanagement: zij moet de vertaalslag kunnen maken van organisatiedoelen naar operationele doelen.
6. De missie van de organisatie moet worden aangevuld met principes voor het dagelijks handelen. Dit is iets anders dan regels! Principes verwoorden de motieven *achter* de

regels en zijn dus abstracter. Principes kunnen flexibel en intelligent worden toegepast in verschillende situaties. Mensen moeten nadenken over hun handelen in plaats van op een rigide wijze de gegeven regels uitvoeren. Het nadeel van principes is dat zij, bewust of onbewust, misbruikt kunnen worden. Dit gevaar wordt door twee mechanismen beperkt: enerzijds het inzicht in de onderlinge afhankelijkheid en dus de consequenties van het eigen handelen voor anderen en anderzijds het regelmatig bespreken en zo nodig verhelderen of bijstellen van deze principes. De interactieve organisatie besteedt hier veel tijd en aandacht aan.

7. Omdat vaste banen en hiërarchie ontbreken, moet het besluitvormingsproces regelmatig worden gereconstrueerd. Het onderhavige knelpunt bepaalt wie met wie praat om dit op te lossen, niet de organisatiestructuur. Daarom is er een metaproces nodig dat bepaalt hoe in een specifiek geval het besluitvormingsproces verloopt ('deciding how to decide').
8. De vertrouwensrelaties zijn oppervlakkig en specifiek gericht op het oplossen van een knelpunt. Je moet weten naar wie je toe moet want de structuur maakt dit niet langer duidelijk. Managers voelen zich hierdoor alleen en geïsoleerd ten opzichte van de situatie in de 'oude' bureaucratie. Informatiesystemen faciliteren de tijdelijke netwerken, maar het is mogelijk dat je de mensen die helpen een knelpunt op te lossen nooit ziet. Bijvoorbeeld: je stelt via een internet/intranet een vraag en je krijgt van verschillende mensen antwoord. Of je zoekt via een systeem mensen met specifieke kennis of ervaring, maar je kent hen niet.
9. In dit interactieve systeem moet het mogelijk zijn de reputatie van iemand vast te stellen en deze publiek te maken. Intercollegiale toetsing, gezamenlijke evaluaties, een overzicht van sterkten en zwakten van een persoon zijn veel gebruikte instrumenten hiervoor.
10. Een postbureaucratische organisatie heeft relatief open grenzen. Er wordt niet verondersteld dat iemand een leven lang in de organisatie werkt. Er is veel tolerantie voor buitenstaanders die binnenkomen en voor mensen die weggaan. De netwerkorganisatie en samenwerkingsverbanden tussen organisaties worden mogelijk. Dit geeft behoorlijk veel stress: de carrièrepaden worden ondoorzichtig en het 'familiegevoel' (wij van IBM) verdwijnt.
11. Het gelijkheidsprincipe vereist nieuwe 'wrinkles'. De hoeksteen van de bureaucratie is objectiviteit en gelijke behandeling, persoonlijke voorkeuren moeten worden uitgebannen. In de postbureaucratie wordt geprobeerd de regels te reduceren en daarbij te erkennen dat persoonlijke prestaties variëren. Dit is een belangrijk spanningspunt. De oplossing hiervan tendeeft naar de ontwikkeling van publieke standaarden, bediscussieerd en onderhandeld met individuele medewerkers, waartegen mensen worden beoordeeld.
12. 'Tijd' is in de postbureaucratie een totaal ander begrip dan in de bureaucratie. In de bureaucratie worden periodiek 'review' processen uitgevoerd (bijvoorbeeld een jaarplancycclus) in de veronderstelling dat alles functioneert zoals het zou moeten. Grote budgetverschuivingen worden niet verwacht. In een postbureaucratie gaat men echter uit van continue verandering en reviews worden gekoppeld aan de tijdsduur van de activiteiten. De mijlpalen die worden voorzien bepalen het tempo en de wijze waarop wordt geëvalueerd en waarop wordt bijgesteld. Ook wordt vastgesteld wat het beste moment is om de visie te herijken. De flexibiliteit die zo ontstaat in het begrip 'tijd', is een belangrijk voordeel van de postbureaucratie ten opzichte van de bureaucratie. Sommige activiteiten moeten wekelijks worden gezien, sommige over een periode van jaren. De traditionele jaarcycclus versluiert dit beeld omdat op jaarperioden wordt gestuurd. De verschillende tijdsperioden in de postbureaucratie bevorderen het aanpassingsvermogen van de organisatie.

Potentiële sterkten en zwakten

Er is nog nauwelijks bewijs dat het interactieve model werkt. Toch gelooft Heckscher in dit participatieve model. Het feit dat managers volgens hem niet opgeven, ondanks diverse mislukkingen om participatie van medewerkers vorm te geven, staft hem hierin. In de jaren

zestig van de 20^e eeuw werd gebroken met Taylor door verticale verantwoordelijkheid toe te kennen aan individuele functies, in de jaren zeventig werden ideeën van medewerkers in discussiegroepen besproken en gestimuleerd, in de jaren tachtig kregen teams meer verantwoordelijkheid in het organiseren van hun eigen werk en in de jaren negentig is volgens hem een paradigmaverschuiving te zien: shop-floor participation, minder hiërarchische lagen, minder regelgeving.

De onbewezen maar potentiële sterkten van het interactieve model zijn volgens Heckscher de toegenomen kwaliteit van de besluitvorming, doordat de informatie die als input wordt gebruikt beter en gevarieerder is. De neiging van de bureaucratie om zich naar binnen te keren wordt hierdoor bestreden. Interactieve systemen bieden een raamwerk om snel op veranderingen in de omgeving te reageren en te anticiperen. Mensen met klantcontacten hebben nu de instrumenten om noodzakelijke veranderingen aan te brengen. Een interactief model is waarschijnlijk ook beter in staat om nieuwe organisatievormen te creëren. De bureaucratie wordt bestuurd door de beheersingstechnieken die aan de top worden vastgesteld, een niet-bureaucratische organisatie kan eigen beheersingstechnieken inrichten. 'Leren' in hersenen vindt ook plaats via een soort dialoog tussen verschillende delen van de hersenen. Het is echter niet zo dat medewerkers meer tevreden of gecommitteerd zullen zijn dan in een bureaucratie. Elk effectief systeem zal tevredenheid genereren, elk ineffectief systeem zal ontevredenheid bewerkstelligen.

De potentiële zwakheden worden door Heckscher ontzenuwd. Niet-bureaucratische systemen worden verondersteld duurder te zijn omdat kostenbeheersing niet georganiseerd is en omdat iedere medewerker meer moet weten dan noodzakelijk is voor zijn eigen taak (redundantie). Het bewijs hiervoor bestaat niet, stelt Heckscher. Professionals jagen de kosten van de gezondheidszorg omhoog, maar ook bureaucratische systemen kunnen duur worden en interactieve systemen kunnen daarentegen heel goedkoop werken (vrijwilligers-organisaties). Er is geen reden waarom interactieve systemen het kostenprobleem niet net zo goed kunnen oplossen.

De veronderstelling dat consensus-besluitvorming langer duurt dan besluitvorming door de leiding in een bureaucratie wordt ook niet gestaafd in de praktijk. Als mensen de juiste kennis, vaardigheden en bevoegdheden hebben, kunnen zij snel consensus bereiken. Het zich eigen maken hiervan is wel een langer durend proces. De Japanners stellen echter dat de daaropvolgende implementatiebesluiten weer sneller gaan: 'you need to go slow to go fast'. Maar er is nog weinig bewijsvoering op dit punt.

Middelmatigheid is één van de belangrijkste aandachtspunten in een interactief systeem, erkent Heckscher. Consensusbesluitvorming kan daadwerkelijk leiden tot verwaterde compromissen die alleen nog middelmatigheid verwoorden. Een belangrijke strategische sprong gebaseerd op een lange termijn visie hoeft het niet te halen. Dit ligt echter niet aan het systeem, maar aan de toepassing van het systeem. In de wetenschap is het immers wel degelijk mogelijk om doorbraken te realiseren. En een bureaucratie is ook niet altijd de beste manier om strategische sprongen te maken. Ondanks inspanningen van de top kan er veel weerstand worden geboden door de meerderheid die in routinetaken werkt. Implementatieproblemen zijn deels te wijten aan het feit dat de postbureaucratie in het begin te los wordt gestuurd op strategisch niveau. Ook op dit niveau is het mogelijk via consensus bindende beslissingen te nemen. Een variant op het voorgaande gevaar, is dat een sterke belangengroep de leiding neemt en coherente actie onmogelijk maakt. Dit wordt door de onderlinge afhankelijkheid in een organisatie geneutraliseerd. Het inzicht in deze afhankelijkheden kan actief bevorderd worden en is een noodzakelijke eerste stap op weg naar een interactief model.

2.4.4. De post-entrepreneurial organisatie

Een volgend alternatief voor de bureaucratische organisatie is de post-entrepreneurial organisatie van Moss Kanter (1989), die de reuzen laat dansen. Zij voorspelt, in navolging van Bennis (1966) in 1989 de naderende dood van de bureaucratie en de hiërarchie: 'Het is onmogelijk zo'n wedstrijd, waarin alles in beweging is (technologie, leveranciers, klanten, werknemers, bedrijfsstructuur, industriestructuur, wettelijke voorschriften), te winnen in de oude bedrijfsporm: ingewikkelde hiërarchieën en trage besluitvormingen: interne competitie en vijandige verhoudingen met belanghebbenden; risicoloze systemen die nieuwe ideeën die niet direct te maken hebben met de hoofdactiviteiten de grond inboren; en beloningen die zijn afgestemd op het beklimmen van de ladder en niet op prestatie of inzet. Zo'n wedstrijd kan alleen gewonnen worden door betrokkenheid en teamwork en door de volgende vier factoren in acht te nemen: gerichtheid, snelheid, vriendelijkheid en flexibiliteit' (Moss Kanter, 1989, p.366). Ze beschrijft als alternatief een post-entrepreneurial organisatie: een slankere, meer coöperatieve en meer geïntegreerde organisatie die meer doet met minder, zie tabel 2.12. Minder managementniveaus en een kleinere staf, minder schakels, minder gediversifieerd. Meer synergie: directe samenwerking tussen collega's onderling over afdelingen heen. Meer strategische samenwerkingsverbanden en partnerships die de grenzen tussen organisaties vervagen. Meer innovatieve activiteiten en vernieuwingsprojecten. Een organisatie die overigens veel vergt van de medewerkers omdat de zekerheden verdwijnen en de inzetbaarheid van mensen deels hun eigen verantwoordelijkheid wordt.

Bureaucratie	Post- entrepreneurial organisatie
<ul style="list-style-type: none"> - Grote organisatie. - Belangrijkste taak: een bekende route uniform volgen, afgaand op ervaringen uit het verleden. - Georiënteerd op herhaling en efficiency. - Zoeken eigendom en controle. - Werkt via formele structuren, ontworpen om de informatiestromen te kanaliseren en beperken. - Specifieke mandaten en gebieden worden toegewezen om de actiearena te omschrijven. - Macht wordt ontleend aan de positie. - Loon is gebaseerd op de hiërarchische positie. - Beloont de naleving van procedures. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleinere organisatie. - Belangrijkste taak: kansen uitbuiten, elke aanpak is mogelijk. - Georiënteerd op creativiteit, innovatie en efficiency. - Zoeken invloed en experimenten. - Werkt via communicatieverbindingen met samenwerkingspartners binnen en buiten de organisatie. - Nieuwe actievormen ontstaan door de bekwaamheid relaties te maken tussen gebieden. - Macht wordt ontleend aan kennis of onderlinge betrekkingen. - Loon is gebaseerd op inzet en op de waarde die een persoon toevoegt. - Beloont de behaalde resultaten.

Tabel 2.12: De bureaucratie en de post-entrepreneurial organisatie getypeerd, Moss Kanter, 1989, p.376-377.

2.4.5. De infocratie

Als laatste alternatief voor de bureaucratische organisatie wordt hier de infocratie van Zuurmond (1994) samengevat. Zo onstuitbaar als de bureaucratie was in de laatste drie eeuwen, zo onstuitbaar is nu de opmars van de informatie- en communicatietechnologie (ICT), stelt Zuurmond. 'Dat debureaucratisering optreedt terwijl beheersing toeneemt, is mogelijk door het proces van informatisering' (Zuurmond, 1994). Informatisering omvat voor hem: de introductie van ICT, de (her)inrichting van de bestaande (informatie-) relaties binnen en tussen organisaties en een herstructurering van organisaties. Management, staf en toezicht lijken aan kracht te winnen, terwijl de professional die verantwoordelijk is voor de uitvoering, en wellicht voor de klant, aan zeggenschap lijkt te verliezen.

Onderzoek naar het functioneren van gemeentelijke sociale diensten toont aan dat debureaucratisering optreedt: organisaties worden platter (minder hiërarchie), leggen minder schriftelijk vast (de-formalisatie) en functionarissen verwerven een breder takenpakket (de-specialisatie) terwijl de beheersing toeneemt. De verklaring hiervoor is volgens Zuurmond de toenemende informatisering. Het heuristisch nut van Weber's ideaaltype neemt volgens hem af in het tijdperk van informatisering, omdat dit ideaaltype het samengaan van debureaucratisering en toenemende beheersing niet kan verklaren. 'Anno 1994 ziet de politieke meester zich geconfronteerd met een situatie die exponentieel meer complex, massaal, verweven en dynamisch is dan de situatie van rond de eeuwwisseling [1900]. Daarom kan de politiek leider van een apparaat zich niet meer verlaten op Weber's structureringsprincipes. Doet hij dat wel, dan ontstaat een beheersechec ofwel een crisis' (Zuurmond, 1994).

Zuurmond ontleedt deze crisis door te wijzen op de beperkingen in de fysieke en cognitieve capaciteiten van de bureaucratie. Bovendien bestaan er sociaal-maatschappelijke en politieke argumenten die de normatiek achter de bureaucratietheorie ter discussie stellen. Zijn analyse overlapt met de kritiek van de vorige auteurs. Er is volgens Zuurmond een fysieke grens aan de mogelijkheden van een groot apparaat. 'De lange arm van de centrale wetgever is niet krachtig genoeg om uitvoering tot in alle hoeken en gaten van een groter territorium af te dwingen. Daardoor ontstaat onuitvoerbaarheid van centrale regelgeving' (Zuurmond, 1994). De cognitieve capaciteiten van de bureaucratie zijn beperkt doordat de superieur als individu niet alwetend kan zijn. Zuurmond citeert hier Parsons die de aanval inzet op (hiërarchische) macht als enige gezagsbron: ook kennis is een gezagsbron. Zuurmond wijst daarnaast op de (nog onvoldoende geverifieerde) contingentiebenadering die in een meer onzekere omgeving meer organische structuren voorstaat, zoals de adhocratie van Mintzberg. Sociaal-maatschappelijke argumenten tegen de almacht van de bureaucratie benadrukken de aanwezigheid en werking van de informele organisatie. Ook wordt 'de mechanische orde sociaal maatschappelijk onaanvaardbaar gevonden; zij dehumaniseert het arbeidsproces'. En ook Zuurmond benadrukt het paradoxale karakter van formele regelgeving, die bij strikte toepassing precies tot het tegenovergestelde effect leidt. 'De stiptheidsactie, waarbij medewerkers van een organisatie dreigen de regels volledig uit te voeren, leidt over het algemeen tot een volledig vastlopen van de organisatie!' (Zuurmond, 1994).

De infocratie

Zuurmond (1994) beschrijft in zijn proefschrift ook een nieuw ideaaltype, de 'infocratie': een theoretische en empirische heroriëntatie op Weber's ideaaltype in het informatietijdperk. In de Bijstand (bij de Gemeentelijke Sociale Diensten) wordt het antwoord op de beheerscrisis gevonden in de strategische inzet van de informatietechnologie.

De normatiek van de infocratie voegt aan de normatiek van de bureaucratie (continuïteit, effectiviteit, gehoorzaamheid, calculeerbaarheid en efficiency) de volgende toe: integraliteit, virtualiteit (onafhankelijk van tijd, plaats, materie en perspectief), massaliteit, beheerste complexiteit en hoge snelheid. 'We willen niet minder, we willen juist meer!' Al deze zaken

moeten tegelijkertijd gerealiseerd kunnen worden en toepassing van de informatietechnologie maakt dat ook mogelijk. De voorwaarden die daarbij ingevuld moeten worden zijn:

- een rationalisering van de informatievoorziening (informatieplanning);
- een virtuele (logische) integratie van de informatiehuishouding (afgestemde gegevens-definities, koppelbaarheid van gegevens via bijvoorbeeld een Sofi-nummer);
- verificatie van informatie waardoor de integriteit van de gegevenshuishouding gewaarborgd is en waarmee het perspectief waarmee een informatiebestand wordt opgebouwd veelzijdig is;
- en autorisatie van informatie, door het instellen van een centraal punt (de Creator) waar informatie wordt toegevoegd, gewijzigd of verwijderd. Alle anderen zijn slechts gebruikers met leesrechten.

De casestudies in het onderzoek van Zuurmond laten zien dat in de goed lopende gemeentelijke sociale diensten de bureaucratische structuren, die emotioneel negatief worden beleefd, achterwege gelaten kunnen worden. De leiding kan de (structuur-)teugels laten vieren omdat met andere sturingsmiddelen hetzelfde doel op een betere manier bereikt kan worden. Het digitale gezag wordt aan het rationeel legale gezag toegevoegd: iets is waar omdat de computer zegt dat het waar is.

De instrumenten die de infocratie typeren zien er als volgt uit:

- centralisatie kan worden losgelaten; besluiten kunnen meer decentraal plaatsvinden op voorwaarde dat men zich baseert op geverifieerde informatie. Daartoe zijn autorisaties verdeeld en gegevensarchitecturen onderling op elkaar afgestemd;
- de hiërarchie die noodzakelijk was voor integratie en coördinatie van onderliggende functies, maakt plaats voor een meer horizontale, netwerkachtige structuur, die op basis van een onderling gedeelde informatiearchitectuur in steeds wisselende coalities tot een bepaalde productie komt;
- specialisatie neemt enerzijds af (één persoon kan meerdere functies uitvoeren) en anderzijds toe (de Creator creëert de gegevens, de anderen volgen);
- de standaardisatie van de informatieverwerkingsfunctie is streng geregeld terwijl de standaardisatie van de gevalsbehandeling gereduceerd kan worden. Er ontstaat ruimte voor massamaatwerk;
- formalisatie neemt in absolute zin af doordat gegevens maar éénmaal geregistreerd worden. Relatief neemt de formalisatie echter toe omdat op elke plek meer gegevens van de burger bekend zijn;
- ideaaltypisch is de spreiding van de informatisering totaal. Informatie wordt opgeslagen en is op datzelfde moment voor iedereen beschikbaar. Deze alom aanwezige informatie leidt tot een virtuele werkelijkheid die principieel perspectiefloos is, in die zin dat elk van de denkbare perspectieven volledig, integraal, actueel en continu kan worden ge(re)construeerd (Zuurmond, 1994);
- de beheersing van de informatisering is totaal.

Wat is het effect van de infocratie en in welke maatschappij kan zij ontstaan? Zuurmond schetst geen onverdeeld aantrekkelijk beeld. Het papierloze bureau suggereert een grote vrijheid. Maar de ijzeren kooi van Weber maakt volgens Zuurmond plaats voor een virtuele vesting. 'De structurering van de organisatie richtte zich op het doen en laten van de organisatieleden, de informatisering richt zich *ook* op het denken *en* op het niet-denken van de organisatieleden'. De infocratie bedient een steeds verder geïndividualiseerde consumptiemaatschappij die gekenmerkt wordt door grote welvaart, massaliteit, hoge complexiteit, dynamiek en verwevenheid. Globalisering maakt van de wereld een groot digitaal dorp. Als de strijd om de digitale dominantie wordt gewonnen door de politiek, het bestuur of het management, dan realiseert zij een effectievere controle, gehoorzaamheid en transparantie dan mogelijk was geweest met de structureringsmiddelen van de rationeel legale bureaucratie (Zuurmond, 1994).

2.4.6. Samenvatting

Samenvattend geven de bovenstaande kritieken op en alternatieven voor de bureaucratische organisatie diverse suggesties voor het effectief debureaucratiseren van de organisatie. Het doel hiervan wordt omschreven als het voorkomen dat de organisatie degenereert, het bevorderen van een plezierig werkklimaat voor medewerkers, het verbeteren van de prestaties van de organisatie in de ogen van het management en de omgeving (waaronder de klanten) en het verbeteren van het innovatieve vermogen van de organisatie.

Voor welke organisaties zijn de genoemde alternatieven nu een echt alternatief? Heckscher en Moss-Kanter ontwikkelden hun alternatieven voor het (Amerikaanse) bedrijfsleven en de lerende bureaucratie van Adler heeft de automobiellindustrie als empirische voedingsbodem. Alternatieven dus voor organisaties die in een sterk competitieve markt opereren. De alternatieven specificeren bovendien zeer verschillende taken waarvoor zij ook daadwerkelijk een alternatief vormen: de ontwikkeling van beleid en strategie, taken ten aanzien van de interne aansturing, coördinatie en evaluatie, ondersteunende taken én uitvoerende routinetaken. Alleen de infocratie van Zuurmond heeft een Nederlandse context en betreft voornamelijk het administratieve taakveld in de gemeentelijke sociale diensten. Een taakveld dus dat enigszins vergelijkbaar is met een deel van het taakveld van een zorgverzekeraar, namelijk de administratieve functie.

De effecten van deze alternatieven op de financiële- en niet-financiële resultaatgebieden van een organisatie zijn ook nogal divers. Zuurmond (1994) geeft de resultaten van de infocratie aan als: integraliteit, virtualiteit (onafhankelijk van tijd, plaats, materie en perspectief), massaliteit, beheerste complexiteit en hoge snelheid. Heckscher, Moss-Kanter en Adler betrekken vooral het medewerkersperspectief expliciet in hun betoog: er ontstaan een beter werkklimaat en meer mogelijkheden voor medewerkers om zich te ontwikkelen. Een verbeterd innovatief vermogen, doelmatigheid en doeltreffendheid worden ook genoemd. Het vergroten van de klantgerichtheid en het verbeteren van de klanttevredenheid zijn niet specifiek aan de orde geweest, maar indirect is dit natuurlijk de drijfveer. De alternatieven zijn beter dan de traditionele bureaucratische organisatie in staat om goed te presteren in een concurrerende en turbulente omgeving.

Voordat het voorgaande wordt verwerkt tot bruikbare aanbevelingen voor zorgverzekeraars, wordt hierna kort ingegaan op de klantgerichte organisatie. In paragraaf 2.6 worden bureaucratie en klantgerichtheid met elkaar in verband gebracht.

2.5. De klantgerichte organisatie

Ook klantgerichtheid en klanttevredenheid moeten als begrippen worden uitgewerkt voordat de onderzoeksvraag kan worden beantwoord. Klantgerichtheid is een veel jonger concept dan het bureaucratiebegrip, zoals blijkt uit de ontwikkeling van organisaties in de twintigste eeuw:

<u>Jaren:</u>	<u>Markteisen:</u>	<u>Prestatiecriteria</u>	<u>Ideaaltype:</u>
'60	Prijs	Efficiency	De efficiënte firma
'70	Prijs en kwaliteit	Efficiency en kwaliteit	De kwaliteitsfirma
'80	Prijs en kwaliteit en keuze/levertijd	Efficiency en kwaliteit en flexibiliteit/snelheid	De flexibele firma
'90	Prijs en kwaliteit en keuze/levertijd en uniekheid	Efficiency en kwaliteit en flexibiliteit/snelheid en innovativiteit	De innovatieve firma

Bolwijn en Kumpe (1998) hebben deze ontwikkeling van organisaties in Nederland beschreven. Zij stellen dat organisaties zich ontwikkelen in fasen en pas kunnen voldoen aan de eisen van een volgende fase, nadat zij qua strategie, structuur en cultuur zijn toegerust om te voldoen aan de eisen van de voorgaande fase. De onderscheiden fasen zijn achtereenvolgens de efficiënte firma, de kwaliteitsfirma, de flexibele firma en de innovatieve firma. Deze ideaaltypisch beschreven ondernemingen ontstaan doordat de markt steeds nieuwe eisen stelt aan de prestaties van bedrijven.

De *efficiënte firma* (Bolwijn en Kumpe, 1998, p.7-9) ontstaat in de periode van de wederopbouw en de industrialisatie van Nederland na de Tweede Wereldoorlog. Deze periode leidde tot massaproductie, schaalvergroting in de bedrijven, principes van arbeidsdeling en mechanisering, specialisatie en functioneel gestructureerde organisaties. De voorspelbaarheid van de markt is op dat moment groot en de innovatiesnelheid van nieuwe producten is laag. Vernieuwing wordt gedreven door de technologie, niet door de klant of door de markt en is vooral gericht op kostprijsverlaging. De prijs is het concurrerende onderscheid. Het organisatieontwerp is gericht op het creëren van routinetaken via ongeschoolde directe arbeid, menselijke arbeid wordt vervangen door machines en het verhogen van de bezettingsgraad van de machines leidt tot een functionele structuur: gelijksoortige bewerkingen worden bij elkaar geplaatst. Specialisatie en hiërarchie zijn de hoofdkenmerken van de efficiënte organisatie: er zijn veel procedures, regels en voorschriften. Besluitvorming vindt plaats via formele communicatie en de belangrijkste managementtaak is planning en controle: meten is weten.

De *kwaliteitsfirma* (Bolwijn en Kumpe, 1998, p.31-34) ontstaat vanaf de jaren '70-'80 van de twintigste eeuw, als duidelijk wordt dat Japanse producten marktaandeel winnen op basis van kwaliteit. Deze kwaliteitsfirma is gericht op kostenverlaging én kwaliteitsverbetering. Kwaliteit wordt van strategisch belang en een kwaliteitsafdeling wordt hoog in de organisatie opgehangen. Alle niveaus worden getraind in methoden en technieken en feedback-mechanismen worden ingebouwd in de processen. Goede communicatie en samenwerking zijn de hoofdkenmerken van de organisatie, suboptimalisatie wordt uitgebannen. Het kwaliteitsstreven vervangt het tempo-jagen. Speelruimte en regelcapaciteit worden ingebouwd in de processen zodat operationele groepen kunnen werken én continu verbeteren. Leveranciers worden partners en de steeds kritischer klant is koning. Relatiemanagement wordt steeds belangrijker. Er vindt marktgedreven vernieuwing plaats: research en development afdelingen werken nauw samen met marketingafdelingen. Produceerbaarheid en onderhoudsgemak zijn belangrijke ontwerpaspecten. Klantgerichtheid is kortom iets van de laatste twintig, dertig jaar. Vanaf de jaren '80 beginnen de kwaliteitssystemen op te komen. Bedrijven gaan over tot ISO-certificering en eisen dit ook van toeleveranciers. Ook in de gezondheidszorg worden diverse kwaliteitssystemen ontwikkeld.

De *flexibele firma* (Bolwijn en Kumpe, 1998, p.58-60) ontstaat doordat de markt geen genoegen meer neemt met (uitstekende) standaardproducten. De individualistischer wordende klant wenst meer keuzemogelijkheden, een breder assortiment en ook de snelheid wordt een concurrentiefactor. Naast kostenverlaging en kwaliteitsverbetering worden daarom de flexibiliteit van de organisatie en de doorloopsnelheden van belang. De functionele organisatiestructuur wordt omgebouwd tot een structuur met relatief autonome en herkenbare product-markt combinaties, waardoor schaalverkleining binnen grote ondernemingen mogelijk wordt. Grootschalige structuren zijn namelijk inflexibel en bureaucratisch gebleken door 'diseconomies of scale' (Bolwijn en Kumpe, 1998, p.46). Integratie en decentralisatie zijn de hoofdkenmerken van de efficiënte organisatie: de complexiteit wordt vergaand gereduceerd door korte regelkringen te ontwerpen, diensten uit te besteden en direct ondersteunende functies onder te brengen in de business-units, waardoor de centrale staf geminimaliseerd wordt. Het procesdenken staat centraal, er zijn proceseigenaren benoemd en prestatie-indicatoren per proces vastgesteld. Het logistieke proces wordt volledig beheerst. Nieuwe producten worden snel ontwikkeld in multidisciplinaire teams. De externe oriëntatie van de flexibele firma is groot en veranderingen worden als uitdagingen gezien.

De *innovatieve firma* (Bolwijn en Kumpe, 1998, p.84-86) tenslotte ontstaat als de technologische ontwikkelingen het mogelijk maken dat de productiviteit sterk toeneemt en de dienstverlening explosief stijgt. Felle concurrentie en een zelfbewuste klant maken dat de druk op het verhogen van de innovatiesnelheid toeneemt. Unieke producten die moeilijk te kopiëren zijn bieden (tijdelijk) het behoud of de uitbreiding van marktaandeel. De innovatieve organisatie is in staat om technologische ontwikkelingen in afzonderlijke product-marktcombinaties op elkaar af te stemmen. Technologische en sociale innovatie zijn met elkaar verbonden: er wordt alles aan gedaan om een innovatief klimaat te ontwikkelen. Non-conformisten worden gekoesterd, hiërarchische bypasses zijn mogelijk en in aanvulling op de horizontale en verticale communicatie van de flexibele organisatie wordt diagonale communicatie bevorderd. Er zijn onduidelijke bevelslijnen die per onderwerp en fase van een project wisselen. De organisatie is niet alleen sterk extern georiënteerd maar 'open'. De topleiding heeft contact met de organisatie en met de omgeving. Ondernemerschap en risicobereidheid worden gewaardeerd, gedrag is weinig geformaliseerd. Communicatie is informeel, informatie is overal en voor iedereen beschikbaar en statussymbolen zijn uitgebannen. De innovatieve firma is een lerende organisatie. Hoofdkenmerken zijn participatie en democratisering.

Organisaties ontwikkelen zich dus volgens Bolwijn en Kumpe van intern gerichte samenwerkingsverbanden naar extern – en klantgerichte samenwerkingsverbanden. Voordat wordt ingegaan op de kenmerken van een klantgerichte organisatie, worden in de volgende paragraaf enkele begrippen toegelicht en met elkaar in verband gebracht.

2.5.1. Het begrippenkader

Deze paragraaf gaat in op de begrippen klantwensen, klantgerichtheid, klanttevredenheid, klantentrouw en klantwaarde. 'Klantenmanagement', het managen van klanten, omvat volgens Thomassen (1998) deze vijf kernelementen, zie figuur 2.7.

Klantsegmentatie

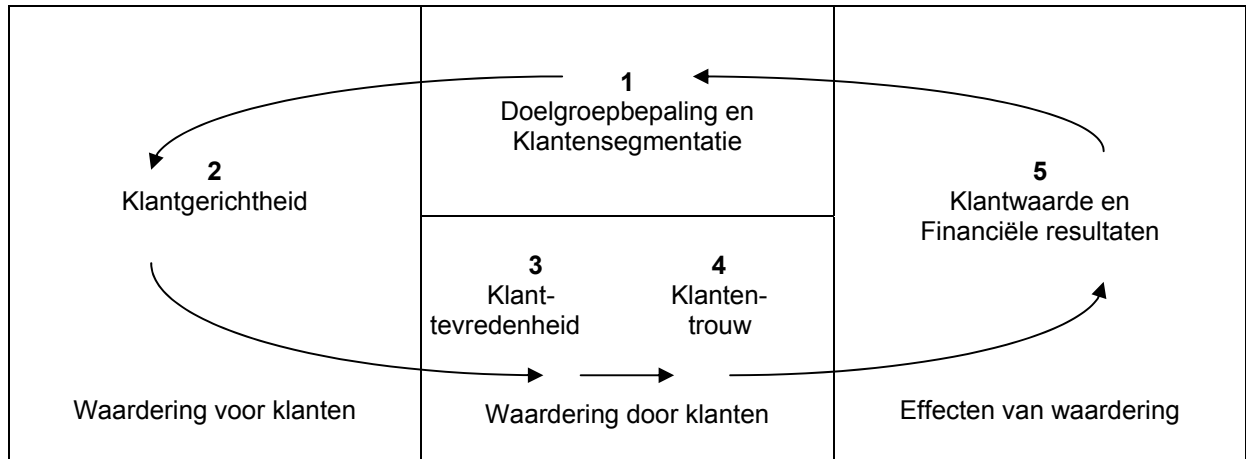
In paragraaf 2.1 is in de definitie van het begrip 'organisatie', de formulering 'gekozen klanten' gehanteerd. In overeenstemming hiermee begint klantenmanagement met het vaststellen van de doelgroepen die de organisatie wil bedienen. Deze doelgroepen worden bepaald door de missie (de reden van bestaan), de visie (wat wil een organisatie bereiken?) en de strategie (hoe wil de organisatie dat bereiken?) van een organisatie. Een goede klantsegmentatie is vanuit strategisch en financieel opzicht van belang. Strategisch omdat de doelstellingen die voor een organisatie relevant zijn (bijvoorbeeld continuïteit, groei of winst) via een goede klantsegmentatie beter gerealiseerd kunnen worden. Financieel omdat het rendement dat gemaakt wordt op een klantengroep de aanleiding kan zijn om extra in deze klantengroep te investeren met het oog op de langere termijn, of juist de kosten voor het bedienen van deze klantengroep te reduceren, of juist deze klanten over te laten aan de concurrentie. Per klantsegment moet worden vastgesteld of de financiële waarde van dit segment opweegt tegen de kosten die gemaakt moeten worden om dit segment adequaat te bedienen. Figuur 2.7 laat zien dat doelgroepbepaling en klantsegmentatie de basis zijn van klantgerichtheid.

Klantwensen

Het uitvoeren van onderzoek naar de wensen van klanten ten aanzien van het product, de dienst, de service en de relatie is het startpunt van de klantgerichtheid van een organisatie. Klantwensen kunnen worden geformuleerd ten aanzien van het product of de dienst, de prijs en de service van een organisatie en de relatie met een organisatie.

Ten aanzien van producten en diensten zijn belangrijke aspecten (Thomassen, 1998, p.54-58): de basiseigenschappen (eigenschappen van de primaire functie van het product of

de dienst), het ontwerp (bijvoorbeeld de esthetische vormgeving van een product), features (extra's als aanvulling op de basiseigenschappen), de prestaties van een product, product/dienst kwaliteit (het functioneren van het product / de dienst), product/dienstbeleid (bijvoorbeeld de nazorg en het assortiment) en de technische levensduur van producten. Om klantgerichte producten en diensten te leveren is het noodzakelijk dat een organisatie specificaties vaststelt op basis van de wensen van klanten, producten en diensten conform deze specificaties maakt en zorg draagt dat het assortiment aansluit bij de wensen van klanten.



Figuur 2.7: De cyclus van klantenmanagement. Bron: Thomassen, 1998

Ten aanzien van de prijs is van belang: de prijs/kwaliteit verhouding, de absolute prijs, het prijsbeleid (de wijze waarop prijzen worden vastgesteld), het kortingsbeleid (bijvoorbeeld kwantumkortingen of korting bij contante betaling) en het betalingsbeleid (hoe gaat de organisatie om met betalingen, bijvoorbeeld annuleringsvoorwaarden, betalingstermijnen, manieren waarop men kan betalen, wijze waarop de organisatie omgaat met te late betalingen, wijze waarop de organisatie omgaat met ruiling en geld terug garanties).

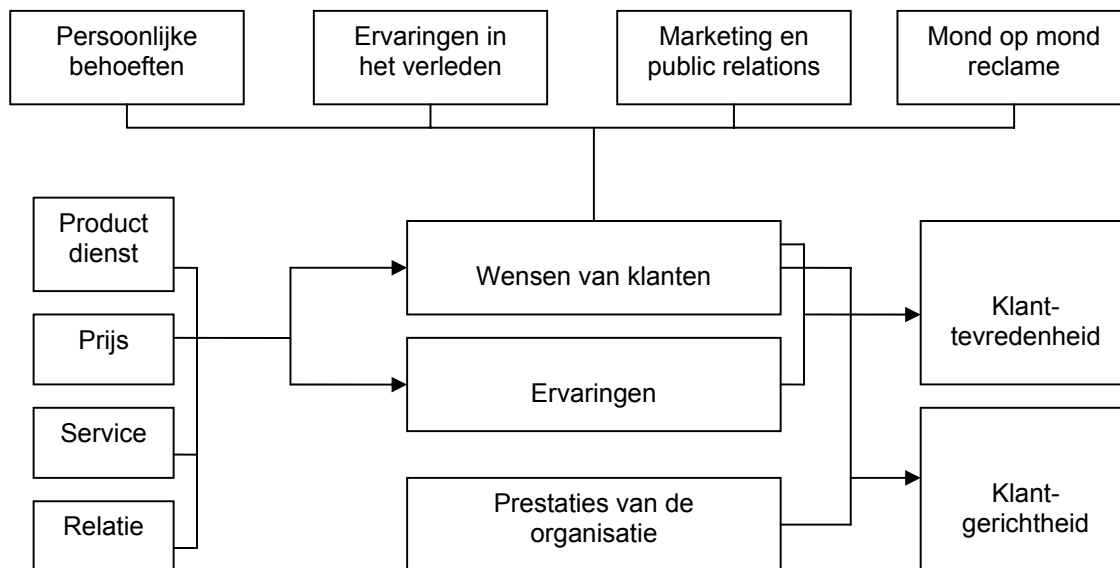
Ten aanzien van service zijn belangrijk: tastbaarheden (bijvoorbeeld de netheid van een balie, kleding van medewerkers, de inrichting van een winkel of aantrekkelijk informatie- en reclamemateriaal), betrouwbaarheid (het vermogen om datgene wat men belooft volledig, nauwkeurig en in één keer goed uit te voeren), snelheid en hulpvaardigheid, bekwaamheid en beleefdheid van de medewerkers, geloofwaardigheid (het vertrouwen in de organisatie), veiligheid (vrijwaren van risico's, gevaar of twijfel: gegevensbescherming, het waarborgen van privacy), bereikbaarheid (toegankelijkheid van organisaties, telefonische bereikbaarheid, openingstijden, aanwezigheid van de juiste aanspreekpersoon), communicatie (het informeren van klanten in begrijpelijke taal, luisteren naar de klant) en klantenbegrip (zich kunnen inleven in de situatie van de klant: inspanningen leveren om de klant en diens behoeften te leren kennen en hierop in te spelen).

Tot slot moet ten aanzien van de relatie bij zorgverzekeraars onderscheid gemaakt worden tussen zakelijke klanten (andere organisaties) en individuele klanten (privépersonen). Zakelijke klanten hebben als wensen onder andere: het hebben van een vast aanspreekpunt (accountmanagement), het realiseren van samenwerkingsprojecten en partnerships, bedrijfsbezoeken, het automatiseren van de administratieve contacten, periodieke rapportages over de prestaties, en evaluaties. Individuele klanten hebben ten aanzien van de relatie wensen als telefonisch contact op initiatief van de organisatie of attenties op speciale momenten.

Klantgerichtheid

De klantgerichtheid van een organisatie wordt uitgedrukt als de mate waarin de prestaties van de organisatie overeenkomen met de wensen van de klanten, op alle door de klant als relevant aangegeven aspecten. Klanttevredenheid vloeit voort uit het verschil tussen de wensen, verwachtingen en ervaringen en betreft aspecten van het product of de dienst, de prijs, de service en de relatie. Een organisatie die de klantgerichtheid wil bevorderen moet dus zowel de verwachtingen van zijn klanten kennen, als meten wat de ervaringen van de klanten zijn. Verwachtingen van klanten worden beïnvloed door persoonlijke behoeften, ervaringen in het verleden, marketing en public relations en door mond-op-mond reclame (Thomassen, 1998). Schematisch is dit verband in figuur 2.8 weergegeven.

Klantgerichtheid wordt aangestuurd vanuit het INK-organisatiegebied strategie en beleid en gerealiseerd in het organisatiegebied 'management van processen'. Door het resultaatgebied 'klanten en leveranciers' expliciet onderdeel te maken van het beleid van de organisatie, geeft de leiding aan dat de klant het leidende principe is en wordt klantgerichtheid aangestuurd. Het beleid wordt daartoe doorvertaald naar concrete doelstellingen en actieplannen en gevolgd via managementrapportages (policy deployment). Het organiseren van de processen 'van-klant-tot-klant' doorbreekt de traditionele functionele en taakgerichte organisatiestructuren. Proceseigenaren krijgen de bevoegdheden om ten behoeve van de klant sturend op te treden. Het invoeren van accountmanagement en de realisatie van een integraal klantbeeld zijn belangrijke middelen om klantgerichtheid verder vorm te geven.



Figuur 2.8: Relatie tussen klantgerichtheid en klanttevredenheid. Bron: Thomassen, 1998

Klanttevredenheid

De klantgerichtheid van de organisatie moet continu gemeten worden en de resultaten moeten worden teruggekoppeld naar de afdelingen en medewerkers die deze resultaten veroorzaken en kunnen beïnvloeden (PDCA). Het meten van de klantgerichtheid kan op verschillende manieren: via interne metingen, via mystery-onderzoeken en via klantwensen- en klanttevredenheidsonderzoek (KTO).

Interne metingen bevragen niet de klant zelf, maar meten het kwaliteitsniveau van de bedrijfsprocessen die direct op de externe klant gericht zijn. De normen waaraan deze

bedrijfsprocessen moeten voldoen, zijn vastgesteld op basis van de geïnventariseerde klantwensen. De nieuwe technologie maakt het tegenwoordig relatief simpel om dit soort metingen continu uit te voeren, denk bijvoorbeeld aan de telefonische bereikbaarheid van de organisatie, afbreukpercentages van telefonie, aard en aantal van de informatievragen of klachten, enzovoort. De voordelen van dergelijke interne metingen zijn groot omdat deze proactief van aard zijn en continu kunnen worden uitgevoerd. De resultaten kunnen direct worden teruggekoppeld naar de betrokken medewerkers, die daardoor snel en gerichte feedback ontvangen over hun presteren. Interne metingen zijn relatief goedkoop in vergelijking met door derden uitgevoerd klanttevredenheidsonderzoek. Door dit soort metingen in te bouwen in de bedrijfsprocessen wordt de klantgerichtheid in die processen geborgd.

Mystery-onderzoeken kunnen worden uitgevoerd door gespecialiseerde bureaus die zich voordoen als klant en die de klantgerichtheid van de organisatie op vooraf vastgestelde punten beoordelen. Een voorbeeld hiervan zijn de metingen van de telefonische bereikbaarheid, de bejegening aan de telefoon, de juistheid van gegeven antwoorden of oplossingen, enzovoort. De Nederlandse privacywetgeving geeft aan dat medewerkers vooraf over dit soort onderzoeken geïnformeerd moeten worden.

Onderzoek naar klantwensen of klanttevredenheid is uit te voeren via kwalitatief onderzoek (klantensessies, diepte-interviews, focusgroepen) dat wordt getoetst in kwantitatief onderzoek (enquêtes). De keuze van het juiste instrument is afhankelijk van de doelstelling van het onderzoek en van het belang van de resultaten voor de organisatie. Verschillende doelstellingen zijn bijvoorbeeld: inzicht krijgen in het relatieve belang van verschillende aspecten; inzicht krijgen in de klanttevredenheid; in de mogelijkheden om de klanttevredenheid te vergroten; inzicht krijgen in de klanttevredenheid ten opzichte van de belangrijkste concurrenten of in het effect van specifieke acties, zoals een mailing. Ook kunnen klanten actief betrokken worden bij het formuleren van het organisatiebeleid, bijvoorbeeld via klantenpanels. Tabel 2.13 geeft een overzicht van in te zetten instrumenten.

Klantentrouw

Klantentrouw wordt gedefinieerd als het gedrag van klanten ten opzichte van de organisatie. Een trouwe klant investeert in de relatie, hij neemt de moeite om klachten, complimenten of verbetermogelijkheden door te geven, hij beveelt de organisatie bij anderen aan (apostel) en hij blijft (steeds meer) producten en diensten afnemen. Het behouden van klanten en dus het vergroten van de klantentrouw is veelal goedkoper dan het werven van nieuwe klanten.

De factoren die klantentrouw bepalen (loyalty drivers) zijn volgens Thomassen (1998, p.110): tevredenheid en vertrouwen, de prijs/prestatieverhouding en de absolute prijs, de specifieke persoons- of bedrijfseigenschappen en – omstandigheden. De loyaliteit van klanten zorgt ervoor dat klanten, ondanks voldoende alternatieven en lage switchdrempels, niet naar een andere aanbieder overstappen.

De tevredenheid van een klant wordt veelal bepaald door de meest recente ervaring(en). Naarmate een relatie langer duurt, kan de klant een stootje hebben maar toch vallen slechte ervaringen meer op dan goede ervaringen. Het is daarom belangrijk dat organisaties in de loop van de tijd het vertrouwen van klanten opbouwen.

De prijs/prestatieverhouding kan de klant ook doen besluiten om over te stappen naar de concurrent. De 'value for money' is daarom een goede indicator om te voorspellen hoe het marktaandeel zich zal ontwikkelen maar ook de absolute prijs beïnvloedt de klantentrouw. Prijskopers letten immers alleen hierop en zijn per definitie ontrouwe klanten. De organisatie kan besluiten om deze klanten te laten lopen dan wel om deze klanten juist te binden met prijsinstrumenten als bonus- of spaarsystemen, klantkaarten of speciale aanbiedingen.

Specifieke branchekenmerken zijn ook bepalend voor de klantentrouw. Denk voor zorgverzekeraars aan de invloed van wet- en regelgeving, de aard en hevigheid van de concurrentie of het ontbreken hiervan, het bestaan van langdurige historische relaties, het voorkomen of ontbreken van natuurlijke switchmomenten en de werkelijke of gevoelde barrières om te switchen van zorgverzekeraar.

En tot slot zijn persoonlijke of bedrijfseigenschappen en –omstandigheden bepalend voor de klantentrouw. Individuele klanten zijn meer of minder trouw aan bedrijven of aan merken afhankelijk van persoonlijke eigenschappen en –omstandigheden. Klanten kunnen ongeïnteresseerd zijn of juist erg gehecht aan vaste leveranciers en merken. Ook allerlei natuurlijke omstandigheden (veranderingen in de financiële situatie of de leefsituatie) die door de organisatie niet te beïnvloeden zijn, leiden tot meer of minder klantentrouw. Het is dus zeker niet zo dat 100% klanttevredenheid leidt tot 100% klantentrouw. Treacy en Wiersema (1995, p.118-135) beschrijven in dit kader de strategie van customer intimacy of klantenpartner.

Overzicht van bruikbare instrumenten ten behoeve van de klantgerichtheid Klantgerichtheid, strategie en beleid				
Keuze van de markt	Klanten-doelgroepen	Klantsegmentatie	Bedienings-concepten:	Management-informatie:
Bepaald door de missie van de organisatie	Doelgroepen vastgesteld in de visie van de organisatie	Doelgroepen gesegmenteerd naar klantwaarde en klantwensen	Produkt, Dienst Prijs, Service Relatie, Kosten	Prestatie-indicatoren
	<u>Instrumenten:</u>	<u>Instrumenten:</u>	<u>Instrumenten:</u>	<u>Instrumenten:</u>
	Concurrentie-analyse en SWOT-analyse	Analyse van de klantwaarde (financiële en strategische waarde) Onderzoek naar klantwensen	Juiste klant-benadering bepalen Structuur en bedrijfsprocessen klantgericht inrichten Interne klant-leveranciers-relaties vertalen in SLA's	Periodiek en systematisch uitvoeren KTO's Interne meetpunten inbouwen in bedrijfsprocessen Resultaten benutten om beleid bij te stellen (PDCA-cirkel)

Tabel 2.13: Overzicht van bruikbare instrumenten t.b.v. de klantgerichtheid. Bron: Thomassen, 1998

Klantwaarde

Een trouwe klant is een rendabele klant, stelt Thomassen (1998, p.132). Omdat er relatief veel kosten worden gemaakt om van een potentiële klant een klant te maken, wordt de winstgevendheid in de loop van de jaren steeds groter, is de redenering. Trouwe klanten gaan meer en ook andere producten afnemen, waardoor de omzet groeit. Trouwe klanten kunnen nieuwe klanten aanbrengen door de organisatie aan te bevelen. En de langere relatie met trouwe klanten kan leiden tot maatwerkproducten of tot logistieke voordelen waardoor de winstmarges toe kunnen nemen. Het segmenteren van klantengroepen op basis van een gecombineerde en gewogen waardebeoordeling kan voor organisaties en voor klanten heel profijtelijk zijn.

2.6. De klantgerichte bureaucratie

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden de theoretische begrippen 'bureaucratie en klantgerichtheid' met elkaar in verband gebracht door gebruik te maken van het INK-managementmodel als een ordenend kader.

De klantgerichte organisatie

De kenmerken van de bureaucratische organisatie zijn in paragraaf 2.3.1 geoperationaliseerd in vijf dimensies (centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie) waarop een organisatie hoger of lager kan scoren: iedere organisatie is dus meer of minder bureaucratisch. Dit idee wordt doorgetrokken voor de klantgerichte organisatie. Iedere organisatie is dus ook meer of minder klantgericht.

Klantgerichtheid is in paragraaf 2.5.1 gedefinieerd als de mate waarin de prestaties van de organisatie overeenkomen met de wensen van de klanten, op alle door de klant als relevant aangegeven aspecten. De kenmerken van de klantgerichte organisatie worden in deze paragraaf weergegeven als 'instrumenten of maatregelen die een organisatie in meer of mindere mate hanteert'. Deze redenering sluit aan op de genoemde ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel, zie tabel 1.5. De klant is in de onderscheiden ontwikkelingsfasen in toenemende mate 'in beeld', zie tabel 2.14.

De klant en de ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel	
Ontwikkelingsfase	Klantfocus in deze ontwikkelingsfase
Fase 1 organisatie: Activiteit georiënteerd	Het product staat centraal. De klant krijgt een product/dienst geleverd dat volledig voldoet aan vooraf opgestelde specificaties. Deze specificaties zijn niet persé vanuit de klant opgesteld maar worden door technische vereisten bepaald. Klanten worden door vakbekwame medewerkers geholpen. Klachten worden adequaat afgehandeld nadat zij zijn geuit. Bijvoorbeeld: mobiele telefoons met talloze functionaliteiten en een beperkt bedieningsgemak.
Fase 2 organisatie: Proces georiënteerd	Het proces staat centraal. Het product en de dienst komen op een beheerste manier tot stand. Processtappen worden beheerst door het meten van proces-indicatoren. De organisatie is intern georiënteerd, de klant staat niet automatisch centraal. De professional komt in deze fase onder druk te staan.
Fase 3 organisatie: Systeem georiënteerd	Er ontstaat een klantgerichte oriëntatie. De organisatie als een geïntegreerd systeem staat centraal: besturende -, ondersteunende - en primaire processen. Het proces zoals de klant dit ervaart, is leidraad voor de inrichting van de organisatie. Proceseigenaren worden vanuit een klantgericht perspectief verantwoordelijk voor een proces. De verschillende actoren (klanten, leveranciers, medewerkers, maatschappij, bestuur en financiers) worden expliciet gebruikt als

De klant en de ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel	
Ontwikkelingsfase	Klantfocus in deze ontwikkelingsfase
	informatiebronnen voor de besturing en de verbetering van de bedrijfsprocessen. De professional wordt in ere hersteld: deze wordt echter wel beoordeeld op de behaalde meetbare resultaten.
Fase 4 organisatie: Keten georiënteerd	De open-systeem-benadering van de organisatie in haar omgeving wordt verder ontwikkeld. De organisatie is niet langer een autonome eenheid maar gaat vaste samenwerkingsverbanden aan met andere organisaties ten behoeve van de klant. In fase 3 worden activiteiten uitbesteed, in fase 4 ontstaan netwerk-organisaties. 'Samen met partners in de voortbrengingsketen wordt gestreefd naar maximale toegevoegde waarde'.
Fase 5 organisatie: Transformatie georiënteerd	De betrokkenheid op de maatschappij staat voorop. De organisatie wil op bestaande markten tot de top behoren. Een lange termijn visie is leidend in innovatieve activiteiten.

Tabel 2.14: De klant en de ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel

Een klantgerichte organisatie is een organisatie die op alle door de klant als relevant aangegeven aspecten, goede prestaties realiseert. Zij doet dit door in de organisatiegebieden van het INK-managementmodel instrumenten in te zetten en maatregelen te nemen die de klantgerichtheid van die organisatie vergroten. De effectiviteit van de klantgerichtheid van een organisatie wordt onder andere uitgedrukt als uitkomst van een klanttevredenheidsonderzoek (zie figuur 2.8) en meetbaar in de resultaatgebieden van het INK-managementmodel.

Maatregelen en instrumenten om te debureaucratiseren en de klantgerichtheid te vergroten

Als nu de in dit hoofdstuk verkregen inzichten worden gecombineerd, is het mogelijk om aan te geven hoe een bureaucratische organisatie actief kan debureaucratiseren en de klantgerichtheid kan verbeteren. Dit is noodzakelijk omdat zowel de wetenschappelijke literatuur als het publiek niet positief zijn over deze bureaucratische organisatie. In de wetenschappelijke literatuur is een bureaucratische organisatie niet populair, omdat deze organisatie star en naar binnen gekeerd is, zijn eigen doelen stelt (de organisatie degenereert), niet innovatief is en niet plezierig is om in te werken (zie paragraaf 2.3.3). In de populaire betekenis van het woord heeft het begrip bureaucratie ook een uitgesproken negatieve gevoelswaarde. Bureaucratische organisaties zijn in het populaire taalgebruik niet klantgericht, zie paragraaf 2.3.4. Een te hoge score op de vijf genoemde dimensies heeft tot gevolg dat de klant anoniem wordt (een sofi-of BSNnummer, een klantnummer of een geboortedatum), formeel wordt behandeld (volgens de vastgestelde procedures) en ondergeschikt gemaakt wordt aan de werkwijzen en procedures die deze organisatie hanteert (de paarse krokodil). In het populaire taalgebruik gaan bureaucratie en klantgerichtheid dus niet samen. De klantgerichte bureaucratie is een contradictio in terminis, tenzij de bureaucratische organisatie er in slaagt de menselijke maat weer terug te brengen.

De auteurs die besproken zijn in paragraaf 2.4.1 tot en met 2.4.5 geven voor de vijf genoemde dimensies verschillende suggesties om actief te debureaucratiseren, lees lager te scoren op deze dimensies. Ook om de klantgerichtheid van een organisatie te bevorderen geeft de literatuur diverse suggesties in de vorm van te nemen maatregelen of te hanteren instrumenten. Door deze suggesties te combineren, kan een organisatie die hoog scoort op de vijf dimensies én debureaucratiseren én de klantgerichtheid vergroten. Er ontstaat een (theoretisch opgebouwde) klantgerichte bureaucratie.

Op dit moment in de redenering komt het INK-managementmodel in beeld als ordeningskader. Als eerste worden de vijf dimensies van de bureaucratische organisatie als volgt naar de organisatiegebieden van het INK-managementmodel geordend, zie figuur 2.9.

Organisatiegebieden van het INK-model	Dimensies van een bureaucratische organisatie
Leiderschap, Strategie en Beleid:	Centralisatie en hiërarchie
Management van medewerkers:	Hiërarchie en specialisatie
Management van middelen en processen:	Specialisatie, formalisatie en standaardisatie

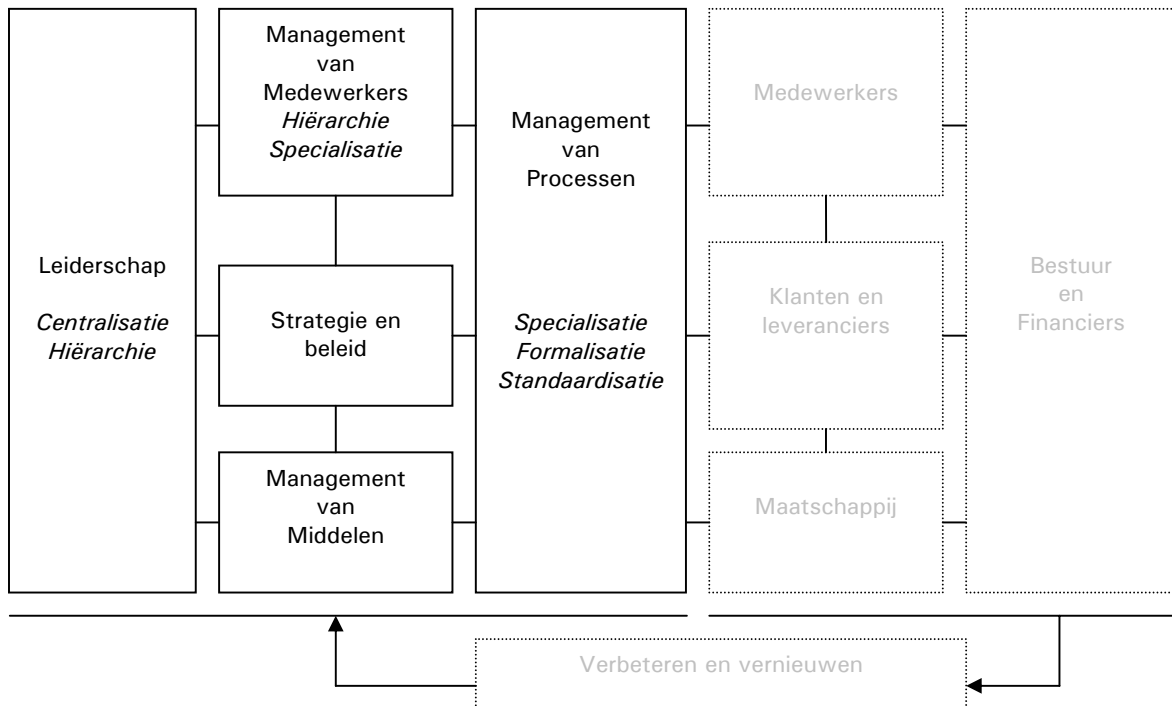
Vervolgens wordt aangegeven hoe organisaties kunnen debureaucratiseren en de klantgerichtheid kunnen verbeteren door in elk organisatiegebied maatregelen te memoreren uit dit hoofdstuk.

Leiderschap, Strategie en Beleid

De traditionele bureaucratie (ideaaltypisch) wordt gekenmerkt door een hoge score op de dimensies centralisatie en hiërarchie. Besluiten worden op de daarvoor bestemde niveaus genomen en uitsluitend doorgegeven via de hiërarchische lijn. Dit veronderstelt een alwetende leiding en een perfect functioneren van deze hiërarchische lijn. In een meer complexe en dynamische omgeving voldoet deze structuur niet goed. De leiding kan niet langer alle complexiteit bevatten en de besluitvorming en communicatie hierover verlopen te traag. Bovendien maken een hoger algemeen kennisniveau van de medewerkers, de emancipatie van medewerkers en de beschikbaarheid van informatie overal en altijd, dat deze dimensies anders ingevuld kunnen en moeten worden wil de organisatie effectief zijn.

Mogelijkheden om te de-bureaucratiseren zijn:

- meer organische en gedecentraliseerde organisatiestructuren inrichten;
- een veranderende rol van de bedrijfsleiding, van alwetend naar richtinggevend;
- een groot belang van het hebben van een missie en visie, focus en richting en het operationaliseren hiervan tot op het laagste niveau;
- het delen van informatie over de omgeving, de inspanningen van de organisatie en de bereikte resultaten, communicatie naar alle niveaus om de betrokkenheid te vergroten en de persoonlijke doelen van medewerkers te verenigen met de organisatiedoelen;
- een hoger niveau van vertrouwen realiseren;
- plattere organisaties inrichten met een nieuwe hiërarchie: de hiërarchie van kennis, overtuigingskracht en bewezen effectiviteit;
- veel nadruk op integratie binnen de organisatie: een geïnstitutionaliseerde dialoog tussen collega's over afdelingsgrenzen heen, verticale -, horizontale - en diagonale communicatie;
- besluitvormingsprocessen die per geval ontworpen worden, decentralisatie van de besluitvorming, betrokkenheid van medewerkers bij de besluitvorming, besluitvorming op basis van meer en betere informatie;
- multifunctionele samenwerking, projectmatig werken en zelfsturing;
- vervaging van afdelings- en organisatiegrenzen (tussen klanten en leveranciers, samenwerkingspartners, partnerships).



Figuur 2.9: De klantgerichte bureaucratie, gevisualiseerd in het INK-managementmodel

Mogelijkheden om de klantgerichtheid van de organisatie te vergroten zijn in deze organisatiegebieden:

- het stimuleren van betekenisvolle klantrelaties en zelf als leiding contact onderhouden met klanten;
- als leiding het goede voorbeeld geven qua klantgerichtheid;
- stimuleren van klantgerichtheid op alle niveaus in de organisatie;
- identificeren van punten waar service van belang is;
- identificeren van potentiële behoeften en wensen van klanten;
- definiëren van als zinvol beleefde parameters/prestatie-indicatoren;
- normen (ISO, HACCP) of kwaliteitssystemen invoeren om de integraliteit van aansturing te bevorderen;
- beleid voeren op strijdige belangen van verschillende klantgroepen/andere belanghebbenden (bijvoorbeeld voor zorgverzekeraars: de controle-eisen van toezichthouders op een zo klantvriendelijk mogelijke manier uitvoeren);
- kleinschalig structureren om de flexibiliteit te vergroten;
- korte regelkringen hanteren;
- sturen en prioriteren vanuit het klantperspectief;
- sturen op samenhang in bedrijfsprocessen vanuit het klantperspectief;
- budget, tijd en ruimte geven voor verbeteracties, erkennen en waarderen van verbeteracties;
- de klant als uitgangspunt nemen voor het formuleren van beleid (klantsegmentatie);
- gebruik van informatie van klanten bij het formuleren van beleid;
- betrekken van klanten bij de besluitvorming over beleid;
- operationaliseren van doelstellingen voor klantsegmenten;

- gebruik maken van informatie van medewerkers bij het formuleren van beleid (medewerkers weten als eerste wat klanten wensen) en betrekken van medewerkers bij de besluitvorming over beleid;
- communiceren over het beleid, in- en extern (vooraf informeren en achteraf verantwoorden).

Management van medewerkers

De traditionele bureaucratie (ideaaltypisch) wordt gekenmerkt door een hoge score op de dimensies hiërarchie en specialisatie. De functioneel ingerichte organisatie waarbij de communicatie via de hiërarchie verloopt, kan anders worden ingevuld of vervangen door:

- specialisatie die zowel toeneemt als afneemt: er ontstaan nieuwe functies (vooral integratiefuncties en nieuwe functies in de ICT) én mensen krijgen bredere of andere takenpakketten;
- erkenning van de onderlinge afhankelijkheid om gezamenlijk de organisatiedoelen te realiseren, de functionele verkokering vermindert door een andere procesinrichting;
- het delen van informatie bevordert de betrokkenheid en loyaliteit van de medewerkers;
- beloning op basis van prestaties, inzet, toegevoegde waarde, inzetbaarheid;
- het publiek maken van reputaties van medewerkers;
- medewerkers aantrekken met andere competenties;
- erkenning van persoonlijke kennis en vaardigheden, geen eenheidsworst;
- permanente educatie om de toekomstige inzetbaarheid van medewerkers te waarborgen.

Mogelijkheden om de klantgerichtheid van de organisatie te vergroten in dit organisatiegebied zijn:

- werving en selectie ontwikkelen ten behoeve van de klantgerichtheid;
- actief vergroten van de klantgerichtheid van medewerkers door coaching, opleiding en training, werkoverleg enzovoort;
- gewenste gedragsaspecten expliciet maken (bijvoorbeeld: betrouwbaarheid, behulpzaamheid, vriendelijkheid, inlevingsvermogen, bereikbaarheid);
- toepassen van taakverruiming, zelfsturing en meer beslissingsruimte;
- taak- en functiebeschrijvingen inzetten om de resultaat- en klantgerichtheid te vergroten;
- belangrijke aspecten voor resultaat- en klantgerichtheid opnemen in beoordelings- en beloningssystemen;
- loopbaanontwikkeling binnen de organisatie in verband brengen met de gewenste klantbenadering;
- nieuwe functies inrichten naar aanleiding van nieuwe (klant) omgevingseisen.

Management van middelen en processen

De traditionele bureaucratie (ideaaltypisch) wordt gekenmerkt door een hoge score op de dimensies formalisatie en standaardisatie. Mogelijkheden om hierin het menselijke gezicht te versterken voor medewerkers en klanten zijn:

- sterke ICT-ontwikkelingen die formalisatie en standaardisatie mogelijk maken terwijl medewerkers hier geen last van hebben (zie paragraaf 2.4.5, de infocratie van Zuurmond);
- formalisatie benaderen vanuit een positief mensbeeld: de enabling formalisatie van Adler en Borys (zie paragraaf 2.4.2);
- tijd en plaats spelen door de technologische ontwikkelingen geen rol meer. Dit kan de dienstverlening aan klanten sterk verbeteren.

Mogelijkheden om de klantgerichtheid van de organisatie te vergroten in deze organisatiegebieden zijn:

- financiële middelen beschikbaar stellen voor verbeteractiviteiten;
- investeringsbeslissingen nemen op basis van feedbackinformatie van klanten;
- sturen op kwaliteitskosten (preventie-, beoordelings- en herstelkosten);

- reduceren van de complexiteit, intern en voor de klant;
- ICT applicaties ontwikkelen ten behoeve van een integraal klantbeeld, dialoogondersteuning;
- bedrijfsprocessen inrichten vanuit het perspectief van de klant;
- prestatie-indicatoren definiëren met behulp van informatie uit KTO's of benchmarks;
- een adequaat klachtensysteem organiseren, met feedbackloop naar de betreffende bedrijfsprocessen;
- schrijven in voor de klant begrijpelijke taal (uitbannen van ambtelijk of juridisch taalgebruik);
- klantbehoeftenonderzoek en klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren en hierop acteren.

Om te beoordelen in hoeverre de klantgerichte bureaucratie bij zorgverzekeraars wordt gerealiseerd, wordt de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ beschreven en geanalyseerd in de hoofdstukken 4, 5 en 6. In hoofdstuk 7 worden drie andere zorgverzekeraars beschreven: CZ Actief in gezondheid, Agis en Menzis Zorg en Inkomen. Maar eerst wordt als context de veranderende omgeving van zorgverzekeraars belicht in hoofdstuk 3.

3 Zorgverzekeraars in een turbulente tijd

Nu het theoretische begrippenkader voor dit onderzoek is geschetst, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de omgeving van zorgverzekeraars. Deze omgeving is in de onderzoeksperiode van 1987 tot 2006 sterk gewijzigd. Het dominante planningsdenken van de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw wordt vervangen door een streven naar gereguleerde marktwerking. Centrale aanbodsturing maakt stap voor stap plaats voor decentrale vraagsturing. Op 1 januari 2006 wordt een historische mijlpaal bereikt: de ziekenfondsverzekering wordt opgeheven en ook de publiekrechtelijke regelingen vervallen. Er wordt een nieuwe verplichte zorgverzekering voor alle Nederlanders ingevoerd en deze wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars.

Om deze context en de organisatieontwikkeling van zorgverzekeraars goed te kunnen begrijpen, is het noodzakelijk om eerst een korte schets te geven van het ontstaan van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars waar de zorgverzekeraars van 2006 uit zijn ontstaan, zijn organisaties met een lange historie. In de onderzoeksperiode zijn deze verzekeringsvormen sterk geconvergeerd.

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord, hebben betrekking op de ontwikkeling van relevante wet- en regelgeving en op de voor dit onderzoek relevante relaties van zorgverzekeraars met de overheid, toezichthoudende instanties, verzekerden en zorgaanbieders. De omgeving van zorgverzekeraars wordt door de onderzoekster getypeerd op de dimensies van Mintzberg: stabiliteit, complexiteit, diversiteit van de markten en vijandigheid van de omgeving. Vervolgens worden de eisen van de toezichthouders en de eisen en wensen van de klanten van zorgverzekeraars aan hun functioneren concreet gemaakt. Paragraaf 3.4 beschrijft hoe zorgverzekeraars op deze veranderende omgeving zouden kunnen reageren.

3.1. De ontwikkeling van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel

Volgens Stinchcombe (1965) weerspiegelt de structuur van een organisatie het tijdperk waarin de bedrijfstak is ontstaan. Als deze stelling opgaat voor de zorgverzekeraars van 2005, betekent dit dat elementen van de Middeleeuwen nog terug te vinden zouden moeten zijn in deze organisaties. De wortels van 'het verzekeren van zorg' gaan immers terug tot de tijd van de gilden. Voor dit onderzoek wordt niet zover teruggegaan, maar toch is enig historisch inzicht in het ontstaan van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars relevant. Het biedt een context die behalve kleurrijk ook belangrijk is voor het begrijpen van de verhoudingen tussen de betrokken actoren.

3.1.1. De ontwikkelingen tot 1986 op hoofdlijnen

De ontwikkeling van het Nederlandse verzekeringsbestel tot 1986 wordt in grofweg drie perioden uiteen gezet. De eerste periode loopt vanaf de zeventiende eeuw tot 1941. Vanuit particulier initiatief ontstaan talrijke en verschillende soorten ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Wet- en regelgeving ontbreken vrijwel en daarmee ook het toezicht op deze organisaties. Zij hebben volledige beleidsvrijheid, wat resulteert in lokale verschillen in uitvoering. De verzekeringsgraad neemt geleidelijk toe maar deze is in 1941 nog lang niet volledig.

De tweede periode start in 1941 met de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en loopt door tot het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Het Ziekenfondsenbesluit introduceert een landelijke en verplichte ziekenfondsverzekering en maakt voor een groot deel een eind aan de beleidsvrijheid van de ziekenfondsen. Door dit Besluit wordt het bestaande onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeraar geformaliseerd, neemt het aantal ziekenfondsen fors af, neemt de verzekeringsgraad snel toe en ontwikkelt het Staatstoezicht zich. In deze periode neemt de overheidsinvloed toe en worden de Ziekenfondswet (1966) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968) aangenomen. In deze periode van wederopbouw groeit bovendien het zorgaanbod in aard en volume. De noodzaak tot kostenbeheersing is echter nog afwezig door de gunstige economische ontwikkeling.

De derde periode start in de jaren zeventig van de vorige eeuw als de economische ontwikkeling stopt en de noodzaak tot kostenbeheersing toeneemt. Boot en Knapen (2005) zien kostenbeheersing vanaf dat moment als een constante in het overheidsbeleid. De 'politisering van de gezondheidszorg' (Boot en Knapen, 2005, p.193) neemt in de zeventiger jaren sterk toe, onder andere door het aannemen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV, 1971) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG, 1979). De Ziekenfondsraad ontwikkelt zich tot een machtige speler en de ziekenfondsen worden in deze periode gereduceerd tot uitvoeringsorganen die de benaming 'administratiekantoor' of 'betaalkantoor' opgeplakt krijgen. De kleine stelselwijziging in 1986 maakt een eind aan het laatste restje beleidsvrijheid van deze organisaties, als de vrijwillige - en de bejaardenverzekering worden opgeheven. De volgende paragraaf beschrijft de ontwikkeling van de ziekenfondsen tot 1986 met zevenmijlslaarzen.

Particulier initiatief

De eerste vormen van zorgverzekeringen ontstaan bij de middeleeuwse ambachtsgilden (Van Gerwen en Van Leeuwen, 1998, Van Bottenburg, De Vries en Mooij, 1999). Gezellen en leerlingen storten een bijdrage in de gildenkassen om ziekte en arbeidsongeschiktheid op te kunnen vangen. De continuïteit van de gilden is hiervan afhankelijk. In de zeventiende eeuw ontstaan de 'knechtsbussen', waarbij ook niet-gildeleden zich kunnen aansluiten. Na de afschaffing van de gilden ontstaan uit deze initiatieven de solidariteitsfondsen in de vorm van 'onderlinges': fondsen beheerd en bestuurd door en voor de leden. De verzekeringsgraad neemt langzaam toe. Medici willen met zekerheid betaald worden voor hun dienstverlening of hebben charitatieve overwegingen om fondsen op te richten: zo ontstaan de doktersfondsen. Werkgevers, werknemers en vakbonden willen ook dat mensen verzekerd zijn van zorg. Dit leidt tot fabrieks- of ondernemingsfondsen en onderling beheerde arbeidersfondsen. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst¹ (NMG) tenslotte, richt vanaf 1913 Maatschappijfondsen op. Naast deze verschillende soorten ziekenfondsen, waar hier verder niet op ingegaan wordt, ontstaan er vanaf 1830 ook particuliere ziektekostenverzekeringen (Post en Hommes, 2001, p.44). De zorg wordt door al deze verzekeringsvormen voor steeds meer mensen toegankelijk, maar nog lang niet iedereen is verzekerd. Betaalde in 1900 slechts 10% van de bevolking zijn doktersrekening via de ziekenfondsen, in 1926 was dit al 31% (Boot, Knapen, 2005, p 201).

Het onderscheid tussen ziekenfonds- of particulier verzekerden wordt van oudsher bepaald door de welstandsgrenzen, sinds 1941 ziekenfonds- of loongrens genoemd. Dit waren loonnormen die aanvankelijk plaatselijk werden vastgesteld aan de hand van de tarieven voor de inkomstenbelasting (Companje, 2001, p.17). De doelgroep van de ziekenfondsen is de 'minvermogenden': mensen wier inkomen te laag is om de particuliere tarieven van de artsen te

¹ De NMG is de vereniging van de natuurwetenschappelijk georiënteerde, academische geneeskundigen, opgericht in 1849 (Boot en Knapen, 2005, p.199)

kunnen betalen maar te hoog om een beroep te kunnen doen op de gemeentelijke armenzorg, die bedoeld is voor de 'onvermogenen'. De ziekenfondsverzekering is dan een vrijwillige verzekering waarvoor nominale weekpremies worden betaald. De hoogte hiervan hangt af van de gezinsgrootte. De fondsen hebben door het ontbreken van wet- en regelgeving een volledige beleidsvrijheid en de lokale verschillen in uitvoering zijn navenant.

De particuliere ziektekostenverzekering, bedoeld voor de 'vermogenen' vergoedt de kosten van geneeskundige zorg als een schadeverzekering. Deze commerciële verzekeringsmaatschappijen zijn in tegenstelling tot de op solidariteit gerichte ziekenfondsen, soms gericht op winst.

De zware medische risico's zoals ziekenhuiszorg, sanatoriumverpleging en ziekenvervoer worden niet door de ziekenfonds- of ziektekostenverzekeringen gedekt. Beneden de welstandsgrens van het ziekenfonds worden deze kosten gesubsidieerd op grond van de Armenwet. Gemeenten heffen hiervoor inkomensafhankelijke bijdragen van de patiënten of hun verwanten. Voor veel mensen blijft deze zorg echter onbetaalbaar.

Eind negentiende eeuw bestaan er naar schatting 616 ziekenfondsen, waaronder 230 doktersfondsen, 87 onderling beheerde fondsen, 67 fabrieksfondsen en 74 directiefondsen (Van Bottenburg e.a., 1999, p.22). Het stelsel is verre van volmaakt: de verzekeringsgraad en de toegang tot zorg zijn onvolledig en er bestaat een verscheidenheid aan regelingen. Vóór 1941 probeert de overheid tevergeefs om te komen tot wet- en regelgeving ten aanzien van het verzekeren van zorg. Door het uitblijven van wetgeving ontbreekt ook elke vorm van toezicht. In 1842 pleit de Commissie van Geneeskundig Toezicht in Amsterdam al bij de minister van Binnenlandse Zaken voor controle van de fondsen door een speciaal ingesteld toezicht. Van Bottenburg e.a. citeren (1999, p.22-23):

De ziekenfondsen kenden in het begin van de negentiende eeuw diverse problemen en misstanden. Het aantal leden per fonds was klein. Meer dan tweederde van het aantal fondsen telde aan het eind van de negentiende eeuw minder dan 500 leden. Geen enkel fonds was gebaseerd op actuariële kennis. Risicoanalyses en de opbouw van reserves waren niet of nauwelijks aan de orde; een goede administratie en controle op beheer en bestuur ontbraken. Epidemieën zoals in 1826-1827 leidden tot verlaging dan wel beëindiging van de uitkeringen of tot faillissement. Er was fraude en corruptie. Directies van sociëteiten vertrokken soms met de noorderzon en met de kas. Leden betaalden hoge premies, medici kregen weinig betaald, er werd geknoeid door fondsapothekers en de fondspraktijken waren vaak zo groot, dat een afdoende kwaliteit van geneeskundige verzorging niet kon worden gegarandeerd.

Naar aanleiding van dit soort misstanden publiceert de Commissie Schreve in 1908 in het 'Rapport omtrent den toestand der Ziekenfondsen in Nederland': 'eischen waaraan een ziekenfonds zal moeten voldoen, wil het aanspraak maken op den naam van een goed ingericht en beheerd ziekenfonds' (Companje, 2001, p.26-27). Deze eisen betreffen onder andere: de rechtspersoonlijkheid en de bestuurssamenstelling van ziekenfondsen, het administratief en financieel toezicht, de rechten en plichten van verzekerden, de vrije artskeuze, de (uitsluiting van) verstrekkingen en premiestellingen, de betaling, honoraria, praktijkgrootte en aard van de werkzaamheden van de medewerkers (lees: zorgaanbieders) en de werkwijze bij het innen van premies. Deze eisen worden echter niet wettelijk bevestigd.

1941: het Ziekenfondsenbesluit

De situatie verandert als de Duitse bezetter in 1941 de basis legt voor het na-oorlogse Nederlandse ziekenfondsstelsel (Van der Hoeven, 1989). Op 1 november 1941 wordt het

Ziekenfondsenbesluit² van kracht. Het is een *Besluit* van de Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken en geen *wet* die is goedgekeurd door het parlement (Companje, 2002, p.166). Het besluit heeft echter een met een wet gelijk te stellen werking, doordat de bezettingsmacht het handhaaft. Dit Besluit voegt aan de bestaande verzekeringsvormen een verplichte ziekenfondsverzekering toe, bestemd voor alle werknemers in loondienst van wie het loon een bepaalde grens niet overschrijdt³. De eerste landelijk vastgestelde ziekenfondsgrens wordt bepaald op f3.000,- per jaar. In drie maanden tijd worden maar liefst 3 miljoen mensen extra ingeschreven voor het verplichte ziekenfonds (Van Bottenburg e.a., 1999, p.63).

De invoering van het Ziekenfondsenbesluit is ingrijpend. Ziekenfondsen kennen vanaf die tijd zowel verplicht verzekerden als vrijwillig verzekerden. De invoering van een landelijk vastgestelde loongrens formaliseert de al bestaande scheiding tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerden. De overheid krijgt eindelijk grip op het beleid en op het financiële beheer van de ziekenfondsen door middel van het Staatstoezicht, onder leiding van een 'Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen'. Deze krijgt de bevoegdheid om op landelijk niveau zaken te regelen via verordeningen, circulaires en het verlenen van toestemming voor het sluiten van medewerkersovereenkomsten⁴. Deze Commissaris, Van den Berg, wordt van 1946 tot 1949 bijgestaan door een Commissie van Advies voor het Ziekenfondsleven (CAZ), een gemengde adviescommissie bestaande uit ambtenaren, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de medische beroepsgroepen en het bedrijfsleven. In 1949 wordt als opvolger van deze Commissaris de Ziekenfondsraad opgericht.

Het Ziekenfondsenbesluit en het Staatstoezicht hebben ook grote invloed op de inrichting en de bedrijfsvoering van de ziekenfondsen. De verplichte ziekenfondsverzekering is namelijk gebonden aan strikte landelijke regelgeving. Het ziekenfondspakket wordt nu landelijk vastgesteld en bevat een vrijwel volledig pakket naturaverstrekingen⁵. 'Ook de financiering van de verplichte ziekenfondsverzekering was een ware revolutie' (Companje, 2002). De nominale weekpremie wordt voor de verplicht ziekenfondsverzekerden namelijk vervangen door een jaarlijks vastgestelde procentuele en inkomensafhankelijke premie. De ledenadministratie moet daardoor uitgebreid worden met werkgeversgegevens. Via gestandaard-

² Er bestaan vier soorten verzekeringssystemen (Post en Hommes, 2001, p.28-29). Het Bismarckstelsel (door bondskanselier Bismarck ontworpen in de tweede helft van de 19^e eeuw) wordt gevormd doordat mensen via het betalen van een premie verzekerd zijn tegen ziektekosten. Het Engelse Beveridge-model waar de kosten via de belastingen worden gedekt. Het Oost-Europese Semashkosysteem is een volledig door de staat gereguleerd stelsel: de werkers in de gezondheidszorg zijn allemaal in overheidsdienst en de zorg is gratis. Het Amerikaanse marktgerichte systeem is volledig gebaseerd op het verzekeringsprincipe (niet op sociale leest geschoeid): de kosten komen voor rekening van de werkgevers. Mensen die niet werken zijn opgenomen in Medicaid en Medicare of zijn onverzekerd.

³ Van Bottenburg e.a. (1999, p.59) merken op dat het niet erg logisch was om de ziekenfondsverzekering te regelen als een werknemersverzekering; ziekte is immers niet voorbehouden aan werknemers alleen. De reden hiervan was de Duitse wens om de sociale lasten in Nederland tot het Duitse peil te verhogen. Werkgevers werden verplicht om de ziekenfondspremie voor verplicht verzekerden te betalen aan het uitvoeringsorgaan van de Ziektewet (50% werd ingehouden op het loon, 50% was het werkgeversdeel). De premies, die voor die tijd nominaal waren, werden nu inkomensafhankelijk en de werkgevers werden een belangrijke partij. De kosten van de gezondheidszorg hadden invloed op de ziekenfondspremie en daarmee op de sociale lasten van het bedrijfsleven. De premie werd een speelbal in de inkomensproblematiek.

⁴ In het stelsel van vóór het Ziekenfondsenbesluit worden gecontracteerde zorgaanbieders nog 'deelnemers' genoemd. Zij nemen als gecontracteerde en vaak als besturende partij deel aan het collectieve arrangement van het ziekenfonds. Na 1941 wordt de term 'medewerkers' gebruikelijk, hoewel bij de Maatschappijfondsen de zorgaanbieders nog stevig vertegenwoordigd zijn in de besturen (Companje).

⁵ Naturaverstrekingen: verzekerden krijgen zorg in natura, de nota wordt betaald door het ziekenfonds.

diseerde formulieren moeten gegevens worden aangeleverd aan het Staatstoezicht: een kaartenbak en kasboekje volstaan niet meer. De accountantsdienst van het Staatstoezicht komt bovendien met gedetailleerde aanwijzingen om de administratie en boekhouding beter in te richten⁶. Formalisatie en standaardisatie van de bedrijfsprocessen nemen daardoor sterk toe. Het feit dat de ziekenfondsen ook op een grotere schaal gaan functioneren, versterkt dit proces nog eens. Het ingezette saneringsproces van vóór 1941 wordt namelijk versterkt doordat niet alle erkenningsaanvragen tot toelating als Algemeen Ziekenfonds worden gehonoreerd: het aantal ziekenfondsen vermindert drastisch⁷. De voorheen private organisaties met een eigen verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering, exploitatie, het verzekerde pakket en de relatie met de zorgverleners, veranderen in uitvoeringsorganen van wet- en regelgeving. 'Schaalvergroting, bureaucratisering en professionalisering waren het gevolg' (Van Bottenburg e.a., 1999, p.62-63), net als een herziening van de onderlinge verhoudingen tussen de bestuurs- en uitvoeringsorganisaties. Vóór 1941 zijn de belangrijkste actoren: de verzekerden, de ziekenfondsen en personen en instellingen die hulp verlenen. Ná het Ziekenfondsenbesluit komen daar de vakbonden bij (omdat de verplichte ziekenfondsverzekering een werknemersverzekering is), de werkgevers (omdat deze een bijdrage gaan leveren aan de betaling en inning van de premies) en de staat.

Aanvankelijk blijft de vrijwillige ziekenfondsverzekering bestaan. Voor deze vrijwillige verzekering blijven de ziekenfondsen zelf verantwoordelijk. Zij bepalen de hoogte van de nominale premie en de samenstelling van het verstrekkingenpakket. Na 1945 trekken de ziektekostenverzekeraars gunstiger risico's⁸ aan met behulp van aantrekkelijke premies. Hierdoor wordt de solidariteit in het verzekeringsbestel ondergraven. Een landelijk vereveningssysteem en subsidies houden de vrijwillige verzekering nog tot 1986 in stand, maar uiteindelijk wordt de situatie onhoudbaar. Het principe van nominale weekpremies blijkt zonder sociaal onaanvaardbaar hoge premies en hoge overheidsbijdragen uiteindelijk niet te handhaven (Companje, 2002, p.29)⁹.

Tot zover de ziekenfondsverzekerden. Alle overige mensen konden zich na 1941 particulier verzekeren. De commerciële ziektekostenverzekeraars hanteren voor de particuliere verzekerden een selectief acceptatiebeleid. De premies zijn afgestemd op de risico's. Door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering verliezen de ziektekostenverzekeraars aanvankelijk tot 25% van hun verzekerden. Dit verlies vangen zij succesvol op door product vernieuwing en reorganisaties.

In deze tijd ontstaan ook de 'bovenbouworganisaties'¹⁰. Ziekenfondsen bieden verzekerden die boven de ziekenfondsgrens komen een particuliere ziektekostenverzekering aan, om te voorkomen dat zij deze verzekerden kwijtraken aan de particuliere verzekeraars. De bovenbouworganisaties voeren een non-selectief acceptatiebeleid, hanteren risico-onafhankelijke premies en kennen betere polisvoorwaarden. Zij kunnen dit polis- en premiebeleid volhouden doordat zij relatief goedkoop werken, namelijk via het administratieve apparaat

⁶ 'Een aardig staaltje van de administratieve rompslomp waarmee de ziekenfondsen sinds november 1941 worden geconfronteerd, vormen de 'Richtlijnen voor organisatie en administratie van ziekenfondsen', uitgegeven in opdracht van de Commissaris' (Teeuwen, 1998, p.115).

⁷ In 1941 dienen van de 650 ziekenfondsen slechts 291 ziekenfondsen een aanvraag om toelating in en 204 ziekenfondsen worden ook daadwerkelijk toegelaten. In 1945 bestaan er nog 171 erkende ziekenfondsen (Van Bottenburg e.a., 1999).

⁸ 'Goede risico's' is de benaming voor verzekerden die weinig zorgkosten genereren, zoals jonge mensen, gezonde mensen en/of hoger opgeleiden.

⁹ In 1986 wordt daarom besloten tot een reorganisatie van het ziekenfondsbestel. Staatssecretaris Van der Reijden schaft de vrijwillige verzekering af, waarmee de ziekenfondsen hun laatste restje zelfstandigheid verliezen.

¹⁰ Voorbeelden zijn: Coöperatieve Vereniging 'Het Centrum van Nederland' (1938), VeZeNo (1947), Zilveren Kruis (1948) en Zorgverzekeraar VGZ (1948), het onderwerp van deze gevalsstudie.

van de aangesloten ziekenfondsen. Zo ontstaan er voor de particuliere verzekerden profit, onderlinge en non-profit ziektekostenverzekeraars.

Van 1945 tot 1974 ontwikkelt het zorg- en het verzekeringsstelsel zich verder. Okma (1997, p.46-50) kenmerkt deze periode als 'the first wave of debate': in deze periode wordt de (verzuilde) verzorgingsstaat opgezet. Het zorgaanbod ontwikkelt zich, de kosten nemen toe zonder dat dit als een probleem wordt gezien en de overheidsbemoeienis is aanwezig maar nog relatief gering.

Meer wetgeving, groeiend zorgaanbod en toenemende kosten

Natuurlijk wordt direct na de Tweede Wereldoorlog geprobeerd om te komen tot landelijke wetgeving. Geïnspireerd door de Engelse Committee Beveridge (1942) ontwikkelt de Commissie Van Rhijn in 1945 en 1946 plannen om te komen tot een compleet stelsel van volksverzekeringen voor de dekking van risico's van ziekte, werkloosheid, ongeval en ouderdom voor de gehele Nederlandse bevolking. Het is een eerste poging om onder andere het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden op te heffen. Drees, sociaal-democratisch minister van Sociale Zaken, keert zich tegen het voorstel om de uitvoering van deze volksverzekeringen in handen van één orgaan te leggen: '[...] dat de Staat natuurlijk niet hoeft op te treden daar waar [door] het bedrijfsleven in bepaalde aangelegenheden voldoende wordt voorzien' (Companje, 2002, p.37). De voorstellen van de Commissie Van Rhijn leiden in 1953 tot de Organisatiewet Sociale Verzekering¹¹, die niet wordt ingevoerd.

Intussen vallen nog veel mensen buiten de verplichte ziekenfondsverzekering. Er worden daarom nog meer verzekeringscategorieën toegevoegd aan het verzekeringsbestel. Allereerst de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering voor specifieke groepen. Politieambtenaren kennen sinds 1946 een eigen regeling (sinds 1951 de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie geheten, DGVP) en alle andere ambtenaren krijgen in 1950 via de Interimregeling een vast bedrag per jaar als bijdrage in de kosten. Op initiatief van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) ontstaan de IZA's (Instituut Ziektekostenverzekering Ambtenaren): regelingen voor gemeentepersoneel waar gemeenten zich vrijwillig bij kunnen aansluiten. In 1952 wordt de eerste IZA opgericht in Limburg en in 1968 zijn in alle provincies IZA's werkzaam. Ook voor 65-plussers wordt in 1957 een regeling getroffen, de bejaardenverzekering.

In 1957 bestaat het Nederlandse ziekteverzekeringsbestel dus uit publieke en private verzekeringsvormen, profit en non-profit ziektekostenverzekeringen en een vrijwillige -, een verplichte - en een bejaardenziekenfondsverzekering: verschillende verzekeringen met verschillende premieheffingen, verstrekkingen en eigen bijdragen.

Diverse gremia ontwikkelen in de jaren vijftig en zestig plannen¹² om verschillende problemen op te lossen. Deze plannen bevatten voorstellen ten aanzien van:

- het verminderen van de concurrentie door middel van vaste werkgebieden voor de ziekenfondsen (één ziekenfonds per werkgebied) of juist het vergroten van de concurrentie om de beheerskosten laag te houden;
- het opheffen van de verzuiling door integratie van levensbeschouwelijke en niet-levensbeschouwelijke ziekenfondsen;

¹¹ De Commissie Van Rhijn verwoordt hierin de verwevenheid van zorg en sociale zekerheid.

¹² Plannen zoals: Het Plan Heerlen, Ziekenfondsreorganisatiecommissie, 1946; De toekomstige ontwikkeling van het Ziekenfondswezen, Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, 1957; Het Plan tot reorganisatie van het Ziekenfondswezen, Federatie VMZ, 1962.

- het vergroten van het kostenbewustzijn van verzekerden door splitsing van de premies in een inkomensafhankelijk - en een nominaal deel;
- het verlagen van de beheerskosten door de Belastingdienst de inkomensafhankelijke premies te laten heffen;
- het gelijkschakelen van ziekenfonds- en particuliere verzekering door de invoering van volksverzekeringen voor dure en minder dure verstrekkingen;
- het vergroten van de toegankelijkheid van de verzekeringen;
- het opheffen van de financieringsproblemen van de vrijwillige verzekering.

Het blijven echter plannen. Minister Veldkamp van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1961-1967) bereidt met drie wetsontwerpen een nieuwe stelselwijziging voor (de tweede poging). Hij vervangt in 1966 het Ziekenfondsenbesluit, het 'langstlevende overblijfsel van het bezettingsrecht' (Boot en Knapen, 2005, p.202) door de Ziekenfondswet (Zfw). Op 1 januari 1968 wordt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)¹³ van kracht, gerealiseerd door zijn opvolger Roolvink. De derde door Veldkamp beoogde wet haalt het niet. De ziektekostenverzekeraars zien zijn initiatief om de ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering om te zetten in een Beperkte Volksverzekering (BVV, beperkt in de zin van 'niet voor de gehele bevolking') als een opstap naar een algemene volksverzekering zoals het Engelse National Health System (het genoemde Beveridge-systeem). Dit zou de doodsteek voor hun bedrijfstak zijn. Ook de ziekenfondsen zijn tegen dit initiatief, zij vrezen banenverlies.

Een belangrijk feit in deze tijd is de oprichting van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), de voorloper van de Commissie Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De voortdurende stijging van de tarieven van de ziekenhuisverpleging is de ziekenfondsen een doorn in het oog. Met de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen nemen de ziekenfondsen daarom in 1961 het initiatief tot de oprichting van het COZ. Ziekenfonds- en ziekenhuisorganisaties bepalen vanaf dan gezamenlijk de tarieven, zonder overheidsbemoeienis. Minister Veldkamp neemt dit initiatief over en in 1965 wordt de Wet Ziekenhuistarieven aangenomen. Het COZ krijgt de erkenning als adviserend tarieforgaan voor de intramurale tarieven van ziekenhuisverpleging, verpleging van chronische zieken en ambulancevervoer.

De kosten van de gezondheidszorg zijn inmiddels flink gestegen doordat het zorgaanbod zich enorm ontwikkeld heeft. Door de economische groei is dit in de jaren zestig geen probleem, maar vanaf 1970 stukt die groei. Er moet iets gebeuren. Commissies, vakcentrales en ziektekostenverzekeraars komen met blauwdrukken voor een volksverzekering die inhoudelijk op diverse punten verschillen. Minister Stuyt, minister van Volksgezondheid in het kabinet Biesheuvel stelt in 1973 opnieuw de vraag die Roolvink in 1968 aan de SER heeft gesteld: 'Hoe kunnen de kosten van de gezondheidszorg worden beheerst?'. Een aantal rapporten¹⁴ legt zo de basis voor de belangrijke Structuurnota Gezondheidszorg van Staatssecretaris Hendriks (1974).

Hier start volgens Okma de 'second wave of debate', die loopt van midden jaren '70 tot eind jaren '80. Deze tweede golf wordt gekenmerkt door sterk stijgende collectieve uitgaven, veroorzaakt door de open-eind financiering van de verschillende (sociale) verzekeringswetten

¹³ Het ontwerp heette nog Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's. De AWBZ gaf een belangrijke impuls aan de verbetering van de gezondheidszorg. De toegankelijkheid tot verpleeghuis-, zwakzinnigen- en gehandicaptenzorg werd door de nieuwe financiering en het erkenningenbeleid eindelijk volledig aangepast aan de maatschappelijke noodzaak en de kwaliteit van de zorg verbeterde aanzienlijk (Companje, 2002, p.54).

¹⁴ Het 'rapport-Festen', het rapport 'Onderzoek beheersbaarheid gezondheidszorg' van de Samenwerkende Organisatie Adviseurs voor de Gezondheidszorg (Berenschot, GITP, en Bosboom Hegener) en enkele rapporten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

in een stagnerende economie; door een toenemende afhankelijkheid van het individu van de staat; door sterk toenemende overheidsbemoeienis in een poging om de collectieve uitgaven te beteugelen en tenslotte door tegenvallende resultaten van de welvaartsstaat. (Okma, 1997, p.50-58).

De Structuurnota Gezondheidszorg

Hendriks beoogt met de Structuurnota Gezondheidszorg te komen tot 'één samenhangend, gecoördineerd systeem van voorzieningen, trapsgewijs opgebouwd en voorzien van stuur- en beheersinstrumenten' (1974, p.6). De Structuurnota stelt vast dat de Nederlandse gezondheidszorg een niveau heeft dat 'door vele andere met ons vergelijkbare landen niet wordt geëvenaard' (1974, p.5). Het is dan al een belangrijke economische sector geworden die 6 á 8 procent van het nationale inkomen voor haar rekening neemt en waar 4 á 6 procent van de werkende bevolking in werkzaam is.

Als knelpunten van de Nederlandse gezondheidszorg signaleert Hendriks in 1974 (p.6-7): het ontbreken van instrumenten voor de beheersing van de kostenontwikkeling; onvoldoende samenhang in het stelsel van voorzieningen, wat leidt tot inefficiënt gebruik en een onoverzichtelijk stelsel voor de patiënt; een verbrokkelde financieringsstructuur die samenwerking niet bevordert en die niet correctief werkt; onvoldoende samenwerking tussen instellingen voor gezondheidszorg en andere welzijnsvoorzieningen; een onevenwichtige ontwikkeling met een onevenredig grote nadruk op de intramurale sector, onvoldoende ontwikkelde extramurale en preventieve zorg en een achtergebleven geestelijke gezondheidszorg; onevenwichtigheden in de capaciteiten in de intramurale sector (over- en ondercapaciteit); bij de organisatie van de voorzieningen zijn er problemen in de schaalgrootte (te groot of te klein); de spreiding van de voorzieningen is niet optimaal, met name in de geestelijke gezondheidszorg; afstemming, ook kwantitatief, van de opleidingen op de behoeften die de gezondheidszorg stelt; onvoldoende inspraak van de bevolking in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en in het functioneren hiervan.

De oplossing van deze knelpunten zoekt Hendriks in de ontwikkeling van een totaalbeleid voor de gezondheidszorg, dat de omvang van de zorg, de organisatie, de financiering, informatica én opleidingen omvat. Hendriks stelt voor om te komen tot één wetgevend kader, kortweg het drieluik WVG–WTG–Volksverzekering tegen ziektekosten¹⁵ genoemd. Dit betekent centrale overheidsregulering, geheel passend in deze tijd.

Hendriks hanteert voor de organisatie van de gezondheidszorg twee ordeningsprincipes: regionalisatie en echelonnering¹⁶. Nederland wordt ingedeeld in regio's die kleiner zijn dan de provincies maar groter dan de gemeenten. De ratio achter deze regionalisatie is doelbewuste decentralisatie, om planning en besturing mogelijk te maken. Maar ook bereikbaarheid, continuïteit van zorg, de betrokkenheid van de bevolking bij de ontwikkeling van de zorg en aansluiting bij andere welzijnsvoorzieningen in de regio worden als motivatie genoemd. Daarnaast worden er twee echelons onderscheiden (1974, p.11-17), gemotiveerd door de mogelijkheden die dit biedt voor een goede afstemming en substitutie, stroomlijning en rationalisering van de administratieve en anderszins steunverlenende diensten, duidelijkheid en

¹⁵ WVG: Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. WTG: Wet Tarieven Gezondheidszorg. Via dit wetgevende kader zouden het volume, de prijs en de financiering van de gezondheidszorg kunnen worden beheerst.

¹⁶ Regionalisatie: de indeling van het land in gebieden, waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert (Hendriks, 1974, p.10), waarin qua omvang afhankelijk van het aantal inwoners een identiek en compleet aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen aanwezig is (Schnabel, 1988).

Echelonnering: een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen (Hendriks, 1974, p.11); de ordening van gezondheidszorgvoorzieningen ten opzichte van elkaar naar functie en mate van specialisatie (Schnabel, 1988).

toegankelijkheid voor de patiënt. Het eerste echelon omvat alle niet gespecialiseerde voorzieningen, primair gericht op het individu met een centrale plaats voor de huisarts. Deze moet horizontaal (met andere disciplines in de eerste echelon) en verticaal (met open communicatiekanalen naar het tweede echelon) kunnen functioneren. Het tweede echelon bevat voorzieningen in de somatische sector en de geestelijke gezondheidszorg.

De Structuurnota wordt positief ontvangen. 'In de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 ging de overheid zich de ordening van de gehele gezondheidszorg tot taak rekenen. De overheid stelde zich niet meer tevreden met het scheppen van de condities, met name de financiële via het sociale verzekeringsstelsel, maar wenste in te grijpen in het onoverzichtelijke, deels overlappende patroon van voorzieningen dat in zijn historische ontwikkeling de intramurale zorg sterk geaccentueerd en de extramurale zorg, en vooral de preventie, verwaarloosd had. Zij claimde de generale verantwoordelijkheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen' (Boot en Knapen, 2005, p.208). Vorst (1997, p.25) meldt dat 'het beleid van staatssecretaris Hendriks aanzienlijke intellectuele winst heeft opgeleverd. In Nederland werden toen voor het eerst expliciete noties ontwikkeld over de gezondheidszorg. In deze periode zijn vakken als technology-assessment en health care research, gezondheidsrecht en gezondheidseconomie tot ontwikkeling gekomen en epidemiologie werd – voor het eerst – een kernbegrip.'

De Structuurnota vermeldt expliciet de noodzaak tot kostenbeheersing. Via één verplichte volksverzekering (poging vier) zou de verbrokkelde financieringsstructuur aangepakt moeten worden. Voor de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars betekent de Structuurnota dat meer en meer centrale regelgeving hun handelen gaat bepalen. Het wetontwerp van Hendriks en Mertens (Sociale Zaken) 'Algemene Wet Gezondheidsverzekering' haalt het opnieuw niet in de Tweede Kamer door de val van het Kabinet Den Uyl. Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Veder-Smit, de opvolger van Hendriks in het kabinet Van Agt-Wiegel (CDA/VVD), weet de herziene Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) aanvaard te krijgen in 1979. Deze wet vormt de wettelijke basis voor de opvolger van het COZ: het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), dat vanaf 1982 de opdracht krijgt om *alle* tarieven in de gezondheidszorg vast te stellen en te controleren. Na 1980 is de noodzaak tot aanpassing van het ziektekostenverzekeringsstelsel groter dan ooit. Het kabinet Lubbers/De Korte vat de belangrijkste knelpunten in de gezondheidszorg in enkele punten samen (Elsinga, 1997, p.28-29). De schotten tussen de verschillende echelons die verschillend worden gefinancierd, zijn niet bevorderlijk voor substitutie en voor zorg op maat. De inkomenssolidariteit is nog steeds niet gelijk geregeld: binnen de Ziekenfondswet is deze zeer hoog, maar binnen de particuliere verzekering is deze afwezig. En hoewel binnen de intramurale zorg de kosten effectief worden beheerst via de begin jaren tachtig ingevoerde functionele budgettering¹⁷, kent het gehele systeem toch te weinig financiële beheersing. Ziekenfondsen hebben geen budgetverantwoordelijkheid en de burger is te weinig kostenbewust. Het systeem straft efficiënte zorgverlening af. Met enige regelmaat wordt ook gesignaleerd dat de wet- en regelgeving te complex is geworden. Vooral de planningswetgeving is moeilijk uitvoerbaar geworden: tegen de tijd dat een bouwvergunning voor een zorginstelling wordt goedgekeurd is het ingediende plan al achterhaald.

De verzekeraars in 1986

Samenvattend wordt de omgeving van de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars in 1986 gedictéerd door de overheid, de Ziekenfondsraad, koepelorganisaties en adviesorganen. De reikwijdte van wet- en regelgeving is op een hoogtepunt beland en

¹⁷ Functionele budgettering: budgettering van ziekenhuizen op basis van parameters.

aanbodsturing is *het* sturingsmechanisme in de zorg¹⁸. Ziekenfondsen functioneren als uitvoeringsorganisaties en hebben individueel weinig mogelijkheden om hun omgeving te beïnvloeden.

De 48 ziekenfondsen (Brouwer en Van den Broek, 1997, p.105), zijn aangesloten bij de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). De ziekenfondsbesturen, voornamelijk bestaande uit verzekerden en vertegenwoordigers van vakbonden en zorgaanbieders, hebben steeds minder te vertellen. De strikte centrale sturing door de overheid en de Ziekenfondsraad laat weinig ruimte over. Alleen in de aanvullende verzekeringen bestaat nog enige beleidsruimte. 'Ziekenfondsen functioneerden als uitvoeringsorganen van wet- en regelgeving die niet meer echt maatschappelijk geworteld waren, hoewel de schijn wel zo veel mogelijk werd opgehouden. Het registreren van zielen en de verwerking van declaraties van zorgaanbieders vormden het zwaartepunt in de werkzaamheden van de ziekenfondsen' (Brouwer en Van den Broek, 1997, p.105).

De koepelorganisatie VNZ is een belangrijke speler. Zij biedt praktische ondersteuning en specialistische kennis aan de leden, die door de geringe schaalgrootte bij de individuele ziekenfondsen niet voorhanden is. De VNZ publiceert in 1986 de discussienota 'Het ziekenfonds op eigen benen' (de Brugnota) waarin voor het eerst in een samenhangend betoog wordt gepleit voor keuzevrijheid voor ziekenfondsverzekerden, budgettering van verstrekkingen, meer armslag voor ziekenfondsen en meer prikkels voor zorgaanbieders om doelmatig te werken. Solidariteit en marktwerking in één geïntegreerd systeem. Deze nota veroorzaakt veel discussie bij de ziekenfondsen en leidt in 1987 tot een nieuwe nota 'Solidariteit en doelmatigheid'. Deze nota pleit voor financieel zelfstandige en bedrijfsmatig werkende ziekenfondsen, in plaats van uitvoeringsorganen van de sociale zekerheid. Men spreekt wel af om niet te concurreren op de nominale premie.

De achtergrond van de 62 particuliere verzekeraars is zeer verschillend: alleen actief in ziektekosten of ook in andere schade- en levenbranches, landelijk of regionaal werkend, naamloze vennootschap of onderlinge, direct writers of werkend met intermediair, non-profit of commercieel, al of niet ontstaan uit ziekenfondsen, klein of groot en categoriaal of composiet (Brouwer en Van den Broek, 1997, p.106). Dit blijkt ook uit de samenstelling van de koepelorganisatie van particuliere verzekeraars de KLOZ¹⁹, die in 1986 vier leden kent: de NPZ, de NVOZ, de FOV en de VVZ²⁰. De krachtsverhoudingen tot 1986 kunnen worden samengevat als in tabel 3.1.

De opmaat tot de Commissie Dekker

Er verschijnen nu twee nota's van het ministerie die naast kostenbeheersing ook weer aandacht besteden aan de zorginhoud. De beleidsnota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (1983)²¹, kiest als doelstelling het bevorderen van de zelfstandigheid van de gebruiker/patiënt. Deze nota stelt een zorgmodel voor dat uitgaat van afnemende zelfstandigheid: van zelf- en mantelzorg naar professionele thuiszorg, naar gespecialiseerde

¹⁸ Aanbodsturing: dit begrip wordt gebruikt voor de overheidssturing van de financiering van zorginstellingen.

¹⁹ KLOZ: Contactcommissie Landelijke organisaties van Ziektekostenverzekeraars. Vanaf 1980 krijgt de KLOZ rechtspersoonlijkheid en wordt dit een Kontaktorgaan met vier koepels als leden.

²⁰ NPZ : Vereniging van Non-profit Ziektekostenverzekeraars

NVOZ : Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziektekostenverzekeraars

FOV : Federatie van Onderlinge Verzekeringsmaatschappijen in Nederland

VVZ : Federatie van Verenigingen van Ziekenhuisverpleging

²¹ Boot en Knapen (2005, p.209) benadrukken dat deze woordkeuze significant is: 'De verschuiving in oriëntatie van kosten naar financiële middelen, dus de financiering, is in die zin van betekenis dat uit kostenooqpunt nu niet alleen de doelmatigheidsvraag gesteld werd, maar uit financieringsooqpunt ook de meer fundamentele vraag naar de reikwijdte en prioriteiten van volksgezondheidsbeleid. Immers, ook een doelmatige en efficiënte gezondheidszorg kent haar grenzen in de financiële middelen'.

zorg en residentiële zorg. Deze nieuwe zorgindeling gaat uit van de patiënt en zijn inhoudelijke zorgvraag en niet van het zorgaanbod (Boot en Knapen, 2005, p.210).

Verhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg tot 1986			
	Zeventiende eeuw tot 1941	1941 - 1974	1974 - 1986
Overheid	Weinig tot geen invloed	Selectieve beïnvloeding	Algehele politisering en planning van de gezondheidszorg
Toezicht	Ontbreekt	Ontwikkelt zich sterk	Machtige speler ²² (Ziekenfondsraad)
Ziekenfondsen	Klein, lokaal werkend	Uitvoeringsorgaan	Regionaal werkend uitvoeringsorgaan
Zorgaanbieders	In ontwikkeling	Sterke groei	Sterk gereguleerd werkend
Ziekenfonds-verzekerde	Machteloos, niet altijd verzekerd	Verplicht, vrijwillig of bejaardenziekenfonds-verzekerd	Verplicht, vrijwillig of bejaardenziekenfonds-verzekerd
Zwaartepunt ligt bij	Lokale verhoudingen	Maatschappelijk middenveld	Centrale overheid en maatschappelijk middenveld

Tabel 3.1: Verhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg tot 1986

De Nota 2000 (1986) gaat verder: het uitgangspunt in deze nota is niet langer ziekte of zorg maar 'gezondheid'. Het gezondheidsmodel in deze nota brengt samenhang in de factoren die op deze gezondheid van invloed zijn: de biologische (waaronder erfelijkheids-) factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en de leefwijze van mensen. De vraagzijde van de gezondheidszorg komt hierdoor nog pregnanter in beeld. Het gezondheidszorgsysteem wordt in een context geplaatst en is niet langer het uitgangspunt van beleid. Scenariostudies en gezondheidsdoelen komen in beeld. De zorg moet niet langer in voorzieningen (zorgaanbod) worden omschreven, maar in functionele termen: niet 'verpleeghuiszorg', maar 'verpleging'. Dit koppelt de aangeboden zorg los van de plaats waar die zorg wordt aangeboden en maakt het hele systeem dus veel flexibeler omdat nu ook andere zorgaanbieders 'verpleging' kunnen gaan leveren. Niet de voorziening naar de functie wordt gefinancierd, volgens de Nota 2000.

Ondertussen zijn de uitgaven, uitgedrukt als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in de periode tussen 1960 en 1980 gestegen van 3,9% naar 8,1%. Staatssecretaris

²² 'Misschien wel de machtigste speler. De Ziekenfondsraad houdt zich bezig met het beleid, het ziekenfondspakket, het budget en het toezicht. Daarnaast weerspiegelt de samenstelling van de Ziekenfondsraad in die tijd het poldermodel in de gezondheidszorg'.

van Volksgezondheid Van der Reijden (1982–1986) moet een forse bezuiniging realiseren. De invoering van eigen bijdragen en eigen risico's zijn daarbij noodzakelijk. Van der Reijden pleit in 1983 voor een volksverzekering, volgens een drietrapsraket²³. De weerstand hier tegen is groot. Hij realiseert wel in 1986 de 'kleine stelselwijziging' via de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen: de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering worden afgeschaft. Deze verzekerden worden overgeheveld naar de verplichte ziekenfondsverzekering (alle bejaarden en 50% van de vrijwillig verzekerden) of naar de particuliere ziektekostenverzekering door de introductie van een wettelijke acceptatieplicht voor particuliere verzekeraars van bepaalde personen voor de standaard(pakket)polis (50% van de vrijwillig verzekerden). De solidariteit wordt hersteld door middel van pooling en een omslagstelsel²⁴ om de toegankelijkheid tot zorg voor alle inkomens- en leeftijdsgroepen te kunnen financieren. De bezuinigingsdoelstelling wordt gehaald.

De tijdgeest is echter duidelijk aan het veranderen. Het geloof in de maakbaarheid van de samenleving en in een effectieve sturing door de overheid neemt af. Het rapport van de Commissie Dekker markeert samen met de genoemde Nota 2000 een omslag in het denken: het verwoordt de veranderende tijdgeest. Deregulering van overheidsinvloed en marktwerking gaan de boventoon voeren in het debat. Men erkent dat de verschillende partijen ook een eigen verantwoordelijkheid hebben. Overheidssturing en centrale planning moeten worden vervangen door gereguleerde marktwerking. Okma plaatst hier de start van de 'third wave of debate' (Okma, 1997, p.58-63): 'De aandacht verschuift van kosten-beheersing en het verlagen van de collectieve lasten naar een terugtrekkende overheid. Tot dan toe was de gezondheidszorg nog buiten schot gebleven: de versoering van de verzorgingsstaat had zich geconcentreerd op de sociale verzekeringswetten. Eind jaren '80 werd de gezondheidszorg een hot topic'.

3.1.2. De periode 1987 tot 2006

De vierde ontwikkelingsfase voor zorgverzekeraars beslaat de onderzoeksperiode, van 1987 tot 2006. Deze tijd kan worden ingedeeld in drie fasen, corresponderend met de wisseling in de kleur van het kabinet, zie tabel 3.2. Van 1988 tot 1994 wordt intensief gewerkt aan een stelselherziening die uiteindelijk niet doorgaat. De jaren van Paars I en II zijn ogenschijnlijk rustiger, maar er wordt in kleine stapjes toch veel ontwikkeld en voorbereid. De kabinetten Balkenende I en II kunnen oogsten. De periode 1987-2006 eindigt met de historische mijlpaal van een gerealiseerde stelselherziening. Dit betekent een definitief einde van het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden.

Hoewel de benaming 'zorgverzekeraar' pas vanaf 1989 gangbaar wordt, geïntroduceerd door het kabinet Lubbers II, wordt vanaf nu deze benaming gebruikt voor ziekenfondsen én particuliere verzekeraars, tenzij nadrukkelijk ziekenfondsen of particuliere ziektekostenverzekeraars bedoeld worden.

²³ De drietrapsraket van Van der Reijden betrof: een volksverzekering voor onverzekerbare risico's (een uitgekleepte AWBZ) met een procentuele premie, een wettelijk verplichte verzekering met eigen risico's en een nominale premie en een vrijwillige verzekering voor de overige risico's.

²⁴ Er zijn twee wettelijke bijdragen geïntroduceerd: WTZ en MOOZ. Via de WTZ-bijdrage brengen particuliere verzekerden tot 65 jaar een solidariteitsheffing op voor de WTZ-verzekerden: vooral 65-plussers met een standaardpakketpolis en studenten. De MOOZ-bijdrage (Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden) is een wettelijk geregelde solidariteitsheffing ten laste van particuliere verzekerden om de lasten van oververtegenwoordiging van 65-plussers in het ziekenfonds op te vangen.

Kabinetten in de jaren 1987 tot 2006						
Verschijnen en uitwerken van het rapport van de Commissie Structuur en Financiering			Met kleine stappen verder		Opnieuw: de stelselherziening	
1982-1986	1986-1989	1989-1994	1994-1998	1998-2002	2002-2002 (87 dagen)	2003-2006
Lubbers I CDA, VVD	Lubbers II: CDA, VVD	Lubbers III: CDA, PvdA	Paars I: PvdA, D66, VVD	Paars II: PvdA, D66, VVD	Balkenende I: CDA, VVD, LPF	Balkenende II: CDA, VVD, D66

Tabel 3.2: Kabinetten in de jaren 1987 tot 2006

Bereidheid tot verandering?

Het kabinet Lubbers/De Korte installeert in 1986 de Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg, beter bekend als de Commissie Dekker. Deze krijgt de opdracht advies uit te brengen 'over de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling in de zorg; mogelijkheden tot verdere herziening van het verzekeringsstelsel; en mogelijkheden tot deregulering, vermindering van de bureaucratie en stroomlijning van de adviesstructuur' (Commissie Dekker, 1987, p.177). In 1987 verschijnt het rapport van de commissie: 'Bereidheid tot verandering'. De wens om te komen tot een structurele stelselwijziging domineert vervolgens tot 1993 de discussie. De ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars komen in beweging: het speelveld, de spelregels en het krachtenveld veranderen significant voor deze organisaties.

Als doel formuleert de Commissie Dekker in haar rapport (1987, p. 39): 'het tot stand brengen van een doelmatig stelsel dat voldoende flexibel is om het aanbod van zorg zonder belemmeringen te laten aansluiten op de behoefte aan zorg in de samenleving'. Het rapport signaleert de volgende knelpunten (1987, p. 40-43). Aan de vraagzijde: het feit dat het huidige stelsel belemmert dat lichtere zorg wordt gekozen boven zwaardere zorg. Ook overbodige zorgverlening wordt niet voorkomen. Het aanbod van zorg bepaalt wat aan zorg wordt afgenomen en niet de vraag. Preventieve zorg is niet of onvoldoende in het pakket aanwezig. Het naturastelsel dat in het ziekenfondspakket wordt gehanteerd, biedt de zorgvrager geen financiële prikkels om 'zich op een meer efficiënte wijze van de benodigde zorg te voorzien'. Aan de aanbodzijde: de geringe flexibiliteit van aanbod en organisatievorm, de honorering, de tarifiering, de starre hantering van de begrippen eerste en tweede lijn. 'Zorg wordt gedefinieerd in termen van instellingen en niet van te verlenen zorg. Doordoor is substitutie vaak niet te realiseren'. Ten aanzien van het financieringsstelsel: een verschil tussen financiering van preventie en financiering van zorg; een verbrokkeling in de financiering binnen en tussen bepaalde vormen van zorg en onvoldoende werkzame prikkels om tot samenwerking te komen. Aan overheidszijde 'zijn er nog onvoldoende prikkels te bespeuren voor een gericht substitutiebeleid'.

De kern van het advies is enerzijds de introductie van gereguleerde marktwerking en anderzijds de realisatie van een nieuw verzekeringsstelsel. Alleen in een vernieuwd financieringsstelsel kunnen alle wezenlijke elementen op een evenwichtige wijze hun plaats krijgen: doelmatigheid, solidariteit, flexibiliteit, keuzevrijheid en rechtvaardigheid. De verzekerde wordt anders dan voorheen geconfronteerd met de gemaakte kosten en kan in eigen risico's, pakketsamenstelling en de keuze voor een verzekeraar de eigen voorkeuren in hoge mate tot uitdrukking brengen. Bovendien moet een gelijkwaardiger onderhandelingsrelatie worden gerealiseerd tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Een evenwichtiger

relatie tussen deze actoren kan volgens de Commissie Dekker worden bereikt door het opheffen van de contracteerplicht voor de ziekenfondsen²⁵, door meer vrijheid in lokaal en regionaal te maken contractafspraken (onder andere door de landelijke bepalingen in de modelovereenkomst te verminderen) en door invoering van maximumtarieven binnen de WTG²⁶, als eerste stap op weg naar vrijere prijsvorming. Dees, staatssecretaris van WVC in de kabinetsperiode Lubbers II, stelt dat de voorgestelde basisverzekering het middel is om te komen tot ontschotting: 'Een middel om de zorg waarin substitutie zou kunnen worden gerealiseerd, in één financierings- en beleidskader onder te brengen (Dees, 1997, p.42).

In 1988 beschrijft het kabinet Lubbers II haar standpunt over dit advies in de nota *Verandering verzekerd*²⁷. Het kabinet neemt de plannen van de Commissie Dekker grotendeels over. De nota beschrijft dat de overheid de gezondheidszorgsector wil gaan sturen en beheersen via het introduceren van gereguleerde marktwerking, het benadrukken van zelfregulering en het dereguleren van de plan- en tariefwetgeving. Een en ander betekent dat de verhoudingen tussen de betrokken actoren wederom fundamenteel veranderen. Om dit duidelijk te maken wordt hier een tussenstapje gemaakt.

Markten in de gezondheidszorg

Een veel gebruikte schematische weergave²⁸ voor de Nederlandse gezondheidszorg is de driehoek verzekerde of patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar, zie figuur 3.1 (Commissie Dekker, 1987, Elsinga en Van Kemenade, 1997, p.41, Boot en Knapen, 2005, p.220). Deze driehoek functioneert binnen de kaders van wet- en regelgeving.

Het is een simpele en effectieve voorstelling van deze complexe sector. Simpel omdat er naast deze actoren nog vele anderen actief zijn, zie figuur 3.2. Effectief omdat uit dit plaatje direct duidelijk wordt dat er nu twee 'markten'²⁹ ontstaan waarin natura-zorgverzekeraars acteren: de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Deze markten zijn aan elkaar gerelateerd doordat er sprake is van één klant in twee verschillende situaties: enerzijds de verzekerde die een verzekering afsluit en anderzijds de patiënt die zorg nodig heeft. Deze klant heeft nog meer namen: burger, inwoner, cliënt, consument en zorgvragende verzekerde. Als groep manifesteert deze klant zich bovendien als collectiviteit, patiëntenvereniging, belangenorganisatie, consumentenbond, enzovoort. Zorgverzekeraars verbinden de verzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt doordat zij in principe die zorg inkopen (contracteren) die aansluit op de zorgvraag van hun verzekerden. Alle relaties in deze figuur worden beïnvloed door wet- en regelgeving van een centrale overheid, van provinciale en van gemeentelijke overheden. Daarom staat de overheid in het midden van figuur 3.1.

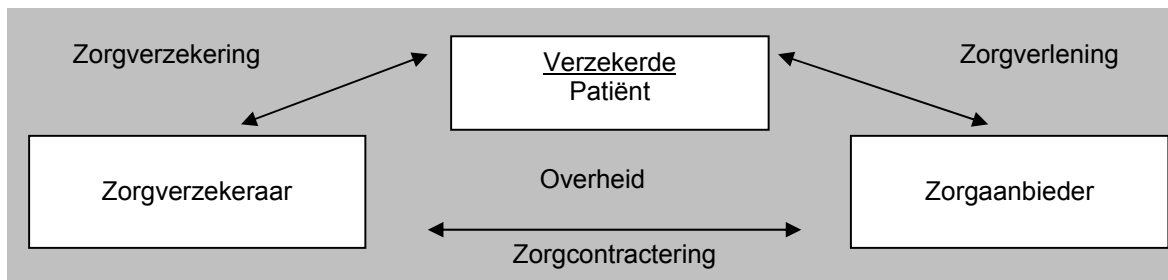
²⁵ vooralsnog alleen voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

²⁶ Via het amendement Tuinstra krijgt het COTG overigens wel weer de bevoegdheid om de tarieven te verlagen als een door de overheid vastgesteld macrobudget wordt overschreden.

²⁷ 'Verandering verzekerd' beschrijft: een basisverzekering met een verplicht pakket van 85% van de ziekenfonds- en AWBZverstrekkingen, de benaming 'zorgverzekeraars' voor ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars, premies met een inkomensafhankelijk deel en een nominaal deel, verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het bepalen van volume, bekostiging en kwaliteit van de zorg, keuzevrijheid van de verzekerden voor een zorgverzekeraar en omschrijving van de voorzieningen in functionele termen (Companje, 2001, p.273).

²⁸ In lijn met het eind jaren negentig doorgebroken inzicht dat de verzekerde of de patiënt in dit model centraal zou moeten staan (vraaggerichte zorg), is in figuur 3.1 deze actor in de top van de driehoek geplaatst.

²⁹ Het woord 'markt' wordt hier tussen aanhalingstekens gebruikt omdat hier het nodige op af te dingen is, zoals hierna duidelijk wordt. De derde markt, de zorgverleningsmarkt waar patiënt en zorgaanbieder elkaar ontmoeten, blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.



Figuur 3.1: Ordeningsmodel van de Nederlandse gezondheidszorg.

In 'Verandering verzekerd' (1988) wordt gesteld dat de doelstellingen die tot dan toe via wet- en regelgeving zijn geborgd, beter gerealiseerd kunnen worden via marktwerking. Deze overtuiging is gestoeld op de vooronderstelde belangen die de verschillende partijen hebben (Boot en Knapen, 2005, p.221-222). Individuele zorgverzekeraars zullen kwaliteit van zorg en doelmatigheid van zorgverlening nastreven, omdat zij marktaandeel verliezen als concurrerende zorgverzekeraars het op de zorginkoopmarkt beter doen. Het onderscheidende vermogen van zorgverzekeraars in de ogen van verzekerden zou dus de zorginkoop moeten worden. Ook zorgaanbieders worden geprikkeld om doelmatige en kwalitatief goede zorg te leveren, omdat zij anders geen contracten af kunnen sluiten met zorgverzekeraars. Deze mogen namelijk ook zelf een zorgaanbod ontwikkelen. De zorgaanbieders kunnen bovendien hun markt uitbreiden door functies aan te gaan bieden die buiten hun institutionele bereik liggen. De zorgaanpakken worden immers in functionele termen omschreven en niet langer in termen van voorzieningen.

De countervailing power van de zorgverzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders is een belangrijke voorwaarde om de beoogde marktwerking te laten slagen. 'Verandering verzekerd' legt daarbij de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen. Zelfregulering wordt gepropageerd. In de regio moeten verzekeraars en zorgaanbieders voldoende aanbod van zorg realiseren, een goede spreiding, doelmatige organisaties en een goede samenhang. Zorg die bovendien is afgestemd op de zorgbehoefte van de bevolking. De overheid behoudt zich het recht voor om in te grijpen in ongewenste situaties (ultimum remedium). Tot zover dit tussenstapje.

Het Plan Simons

Het kabinet kiest voor een stapsgewijze invoering van een nieuw zorgverzekeringsstelsel door de AWBZ te gebruiken als voorloper (carrier) van de basisverzekering. In 1989 wordt hiermee een begin gemaakt door de overheveling van kunst- en hulpmiddelen en psychiatrische zorg naar de AWBZ³⁰. Ook wordt voor het eerst een nominale premie in de ziekenfondsverzekering ingevoerd van f156,- per persoon per jaar, met ingang van 1 januari 1989. Deze maatregel brengt voor de ziekenfondsen grote administratieve lasten met zich mee. Met staatssecretaris Dees wordt voor 1989 een bedrag van 100 miljoen gulden overeengekomen, bestemd voor reservevorming en compensatie van administratieve en organisatorische kosten. De maatregel wordt door de ziekenfondsen in relatief korte tijd geëffectueerd.

Het kabinet valt in mei 1989 en wordt opgevolgd door het kabinet Lubbers III (CDA/PvdA), met Simons als staatssecretaris voor Volksgezondheid. Ook deze neemt de plannen van

³⁰ Overheveling van de geestelijke gezondheidszorg leidt tot regionale afstemming en coördinatie. Overheveling van hulpmiddelen leidt tot een enorme consumptiestijging.

Dekker over³¹, maar hij wil een breder basispakket en een andere verhouding tussen de inkomensafhankelijke en de nominale premie (het plan Simons, 1990). Tegenstanders worden nu voorstanders (de vakbeweging) en vise versa (werkgevers en KLOZ). Hoe concreter de plannen worden uitgewerkt, hoe groter de meningsverschillen worden. Ook de VNZ en de KLOZ staan steeds verder van elkaar en uiteindelijk haakt de KLOZ helemaal af. Zij pleit vanaf dat moment voor het 'convergentiemodel': het langzaam naar elkaar toe laten groeien van de particuliere verzekering en de ziekenfondsverzekering.

Het publieke debat verheft. In de nacht van Kaland, senator van het CDA in de Eerste Kamer, gaat staatssecretaris Simons diep door het stof. Hij krijgt zijn plannen echter geaccepteerd. Vanaf 1 januari 1991 worden de ziekenfondsen gebudgetteerd voor de zorgkosten. Vanaf 1 januari 1992 worden meer wijzigingen ingevoerd: de AWBZ wordt uitgebreid met de verstrekkingen farmaceutische en audiologische hulp, revalidatie en erfelijkheidsonderzoek en er wordt een nominale premie ingevoerd in de AWBZ. Het vestigingsbeleid voor huisartsen wordt opgeheven en er wordt een start gemaakt met de invoering van functioneel omschreven zorgpakketten. De verplichte werkgebieden van de ziekenfondsen worden opgeheven en de Wet beperking contracteerplicht/invoering van maximumtarieven wordt ingevoerd. Verzekeraars zijn vanaf dat moment niet langer verplicht met alle in hun werkgebied werkzame vrije beroepsbeoefenaren contracten af te sluiten (selectieve contractering). Voor instellingen blijft de contracteerverplichting bestaan.

Het keerpunt is echter bereikt: de steun voor de kabinetsplannen brokkelt langzaam af. Staatssecretaris Simons krijgt een stevige aanvaring met het KLOZ over het uitblijven van een daling van de particuliere premies, nu de geneesmiddelen naar de AWBZ zijn overgeheveld. In de publieke opinie groeit het idee dat het plan Simons leidt tot kostenstijging in plaats van kostendaling en de twijfel over de effecten van de stelselwijziging groeit. VNO-voorzitter Rinnooy Kan scoort met zijn uitspraak dat Simons de bevolking een OV-jaarkaart voor de gezondheidszorg geeft. In juni 1992 verschijnt nog de nota *Weloverwogen verder*, waarin het kabinet voorstelt om te komen tot een Wet op de Zorgverzekering. Ook het politiek draagvlak kalft af en de verzekeraars besluiten om verdere steun in te trekken. Invoering blijft dan ook uit. Er breekt een bezinningsperiode aan waarin de overheid veel onderzoeken start en adviezen aanvraagt.

In 1993 loopt de invoering van het Plan Simons en daarmee de stelselwijziging definitief vast. De verplichte basisverzekering wordt een taboe en de invoering hiervan is weer voor jaren van de baan. De Tweede Kamer steekt de hand in eigen boezem. 'Het rapport van de subcommissie 'Onderzoek besluitvorming volksgezondheid' (maart 1994) verklaart de trage voortgang van de stelselwijziging uit de veelheid aan actoren en belangen in de gezondheidszorg en wijst op het strategisch gedrag, de retoriek en uiteenlopende visies van de verschillende partijen ten aanzien van de ordening in de gezondheidszorg' (Elsinga, 1997, p.37).

De Ziekenfondsraad evalueert in 1993 de stelselwijziging tot dan toe en concludeert dat de dan ingevoerde maatregelen nog geen duidelijk effect hebben, dat het stelsel van normuitkeringen nog niet goed functioneert en dat er geen functionele pakketomschrijving is gerealiseerd. Men benoemt de ontstane situatie als een 'semi-permanente overgangsfase'. Een tweede evaluatie door de Ziekenfondsraad in 1995 maakt duidelijk dat de mogelijkheid tot selectieve contractering nauwelijks wordt benut en dat er medio 1994 geen voorbeelden bekend zijn van afgesproken lagere tarieven dan de wettelijk vastgestelde maximumtarieven.

³¹ Nota *Werken aan zorgvernieuwing* (1990) inclusief *Notitie stelselherziening zorgsector* (1992)

Met kleine stappen verder

Na deze toch wel turbulente periode volgen nu enkele jaren van relatieve rust voor de zorgverzekeraars. De volgende twee Paarse kabinetten (PvdA, VVD en D66)³² verlaten de gevolgde blauwdrukbenadering en kiezen voor maatregelen binnen de bestaande verzekeringsstructuur: de stap-voor-stap of incrementele benadering (no-regret aanpak). Het is een periode van relatieve rust, want ondanks het feit dat het plan voor een algemene basisverzekering tijdelijk in de koelkast wordt gezet, verandert er het nodige. In de regeerperiode van Paars, van 1994 tot 2001 wordt het adviesstelsel ingrijpend gesaneerd³³; er ontstaan wachtlijsten in de zorg; er wordt een aanzet gegeven tot de modernisering van de AWBZ en tot de modernisering van het toezicht; de nota 'Vraag aan bod' (2001) verschijnt en de grote convergentie van de beleidsterreinen zorg en sociale zekerheid wordt ingezet. Het regeerakkoord spreekt over een actief antikartelbeleid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een vermindering van centrale regelgeving moet immers niet leiden tot vervangende landelijke zelfregulering van deze partijen maar tot marktwerking en concurrentie, is de redenering. De Nederlandse MededingingsAutoriteit (NMa) gaat zich actief met de zorgsector bezig houden.

Drie compartimenten

In de Nota *Zorg in het regeerakkoord* van maart 1995 wordt de ordening van echelons van Hendriks (1974) vervangen door een ordening van drie compartimenten, gebaseerd op de financiering van de zorg. Het eerste compartiment bevat de langdurige zorg en onverzekerbare risico's (globaal de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg), gedekt door de AWBZ; het tweede compartiment bevat de 'gewone' ziektekosten (ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen, paramedische zorg en geneesmiddelen), die worden gedekt door de Ziekenfondswet, de particuliere verzekering en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren; en het derde compartiment bevat alle resterende zorg, gedekt via aanvullende verzekeringen (bijvoorbeeld luxe zorg, aanvullende thuiszorg, privé-klinieken, delen van fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen). Hier is sprake van vrije marktwerking en zijn beperkte overheidskaders aanwezig voor kostenbeheersing.

Schaarste in de zorg

Kostenbeheersing en het bevorderen van de doelmatigheid in de zorg blijven ook voor de twee Paarse kabinetten centraal staan. Het Jaaroverzicht Zorg 1997 (JOZ) spreekt over een 'zinnig en zuinig beleid'. Het *Budgettair Kader Zorg* (BKZ) geeft het financiële kader aan, waar de totale kosten van de gezondheidszorg (eerste en tweede compartiment) binnen moeten blijven. De toegestane groei in deze jaren (1,3% per jaar) is echter onvoldoende om de toenemende vraag op te vangen. Deze groeiende vraag naar zorg wordt algemeen geweten aan de toenemende vergrijzing en aan de ontwikkeling van nieuwe medische technologie.

Tijdens de regeerperiode van Paars II blijkt dat de gehanteerde aanbodsturing in de zorg leidt tot onaanvaardbare wachtlijsten³⁴. Particulier initiatief om privé-klinieken op te richten

³² VWS krijgt weer een minister, een arts, mevrouw dr. E. Borst-Eilers én een staatssecretaris: mevrouw E. Terpstra tijdens Paars I en mevrouw M. Vliegthart tijdens Paars II.

³³ Aanleiding voor deze sanering is o.a. het rapport Raad op maat, van de Commissie De Jong (1993). Tussen 1993 en 1999 is het aantal adviescolleges afgenomen van circa 120 tot 23 (Okma, 1997, p.96-98). Het gevolg van deze sanering is dat vanaf 1997 VWS nog maar 3 vaste adviescommissies kent: de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Raad voor de Maatschappelijke ontwikkeling en de Gezondheidsraad. Adviescolleges dienen onafhankelijk van belangengroeperingen of regering advies te kunnen geven. Belangenbehartiging via een adviesorgaan wordt onmogelijk. Het 'primaat van de politiek' wordt hersteld (Elsinga, 1997, p.49).

³⁴ Het aantal geregistreerde personen op een wachtlijst voor behandeling in de curatieve gezondheidszorg bedraagt volgens onderzoek bijna een kwart miljoen (stand per oktober 2001):

krijgt nu een nieuwe kans. De enige tijd omstreden bedrijvenpoli's, bedoeld om werknemers met voorrang te behandelen, proberen de wachtlijsten te omzeilen (de gewraakte tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden). De economische groei eind jaren '90 en de publieke verontwaardiging over de wachtlijsten maken het mogelijk dat aan het eind van de kabinetsperiode van Paars II vele miljoenen extra in de zorg worden gepompt (het boter-bij-de-vis principe). Er worden diverse initiatieven ontplooid om de wachtlijsten op te lossen. Zo wordt een Taskforce Aanpak Wachtlijsten ingesteld met als doel om de wachtlijsten in de AWBZ-sector op te schonen, onorthodoxe oplossingen hiervan te stimuleren en een structurele registratie van de wachtlijsten op te zetten. Dit laatste resulteert in de ontwikkeling van een AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR). De Taskforce functioneert van 1998 tot 2002. Zorgverzekeraars kopen met de beschikbaar gestelde middelen extra zorg in en reageren op de ontstane situatie met het opzetten van een nieuwe service 'wachtlijstbemiddeling' en het ontwikkelen een actief buitenlandbeleid, waardoor verzekerden sneller geholpen kunnen worden.

Modernisering van de AWBZ

In het eerste compartiment wordt de modernisering van de AWBZ in gang gezet. Er is groot onderhoud nodig omdat de veelheid van verschillende nieuwe regelingen (substitutieregelingen, zorgopmaat-regelingen, de PGB-regeling, zorgvernieuwingfondsen et cetera) het manco van de AWBZ blootlegt: het zorgaanbod sluit niet meer aan op de zorgvraag. Aanbodsturing wordt vervangen door het actief bevorderen van vraaggerichte zorg: de cliënt en diens zorgbehoeften komen centraal te staan. De consequenties voor de indicatiestelling, de zorglevering en de bekostiging raken zowel de zorgvragers, de zorgaanbieders en de indicatieorganen, als de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Concreet worden in een aantal jaren de volgende maatregelen genomen.

- De positie van de cliënt wordt versterkt. Het 'recht op zorg' wordt vanaf 2003 wettelijk vastgelegd en de klant kan kiezen voor zorg in natura of voor een Persoonsgebonden Budget, met uitzondering voor de functies verblijf en behandeling.
- Om een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling te waarborgen worden de (in eerste instantie 85) Regionale Indicatie Organen (RIO's) benut, die via de gemeenten worden aangestuurd. De indicatiestelling wordt vereenvoudigd en na 2003 AWBZ-breed opgezet. De RIO's zijn vanaf 2000 ook al verantwoordelijk voor de indicatiestelling van woonaanpassingen vanaf 20.500 euro, in het kader van de WVG. Wonen, welzijn en zorg raken zo meer en meer geïntegreerd.
- Vanaf 1 april 2003 worden de instellingsgebonden aanspraken (verpleging en verzorging, GGZ en gehandicaptenzorg) vervangen door een formulering van zeven AWBZ-brede functies: behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en verblijf. De benodigde omvang van de zorg wordt in klassen ingedeeld. De nog bestaande financiële schotten binnen de AWBZ-zorg vervallen.
- De zorgaanbieders kunnen vanaf 2003 AWBZ-breed zorg gaan verlenen, doordat aanspraken functiegericht beschreven worden en zo losgekoppeld worden van instellingen. Om de schaarste in de zorg op te heffen en de beschreven wenselijke situatie te realiseren, kunnen nieuwe zorgaanbieders toetreden.
- De verbindingkantoren AWBZ zijn in 1998 vervangen door 31 regionaal werkende zorgkantoren. De zorgverzekeraar die in een regio het grootste marktaandeel heeft, krijgt voor vier jaar een concessie voor het uitvoeren van de AWBZ voor alle inwoners van die regio (dus ook voor de verzekerden van andere zorgverzekeraars). Deze wijziging levert incidenteel een flinke administratieve belasting op voor de betrokken zorgverzekeraars, doordat vele tienduizenden patiëntendossiers overgeheveld moeten worden van de ene

naar de andere zorgverzekeraar. In de jaren er na worden voor de zorgkantoren landelijke visitatie-instrumenten ontwikkeld en ingevoerd waarmee het presteren van de zorgkantoren kan worden gemeten en verbeterd. Dit initiatief kan worden aangemerkt als een poging om transparantie en resultaatgerichtheid te stimuleren. De nota 'Zicht op zorg' (1999) spreekt van een 'robuust' zorgkantoor dat toegerust is op het vervullen van een spilfunctie in de regio. In 2003 wordt het zorgkantoor in de dan lopende kabinetsplannen weer gezien als een tijdelijke constructie die weer moet worden ondergebracht bij een zorgverzekeraar.

- De overheid blijft verantwoordelijk voor het beschikbare AWBZ-macrobudget. Het bestaande AWBZ-pakket verandert door de modernisering inhoudelijk niet.
- De informatievoorziening rond de AWBZ verstrekkingen wordt opnieuw opgezet en moet op termijn inzicht gaan geven in de zorgvraag, de verleende zorg en de wachtlijsten. Zorgkantoren moeten zich ook op verzekerdenniveau gaan verantwoorden. Het beheerskostenbudget moet voor al deze nieuwe en uitgebreidere taken worden aangepast (verhoogd).

Modernisering van het toezicht

Onder de Paarse kabinetten wordt ook gestart met de modernisering van het toezicht. Via dit proces beoogt VWS te komen tot een nieuwe opzet van verantwoording over en controle op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Tot 1999 legt de Ziekenfondsraad de ziekenfondsen een gedetailleerde gegevensgerichte controlebenadering op. Vanaf 1999 wordt als uitgangspunt gehanteerd dat organisaties een eigen verantwoordelijkheid hebben en zelfstandig verantwoording afleggen over het eigen functioneren. De Ziekenfondsraad wordt samen met het CTG in een aantal fasen omgevormd tot de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) die vanaf 2006 operationeel wordt. De ontwikkeling en structuur van het toezicht op zorgverzekeraars wordt in paragraaf 3.2.2 nader toegelicht.

In 1999 start VWS opnieuw de discussie over de basisverzekering. Er worden adviezen gevraagd aan de Sociaal-economische Raad, het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg³⁵.

Vraag aan bod

In juli 2001 verschijnt de nota *Vraag aan bod* van VWS. De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich, volgens deze nota, door een evenwichtig gespreid aanbod van zorgvoorzieningen, met verantwoorde zorg tegen betaalbare kosten (VWS, 2001, p.5). De Nederlandse zorg kent daarbij een goede prijs-kwaliteitverhouding, ook in internationaal opzicht (VWS, 2001, p.9). Als belangrijkste knelpunten benoemt de nota (VWS, 2001, p.9-15):

- de dominante, centrale aanbodsturing in het eerste en het tweede compartiment, die leidt tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren en tot een gebrekkige aansluiting van het aanbod bij de vraag. Het zorgaanbod is te weinig gericht op de vraag, er is beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie, de allocatie van middelen op microniveau is onvoldoende efficiënt en het zorgaanbod is te weinig transparant. 'De klantgerichtheid van de zorgsector is beperkt'. De aanbodregulering, vastgelegd in de structuurwetten AWBZ, Zfw, WZV en WTG heeft bijgedragen aan goede kwaliteit, spreiding van het zorgaanbod en kostenbeheersing, maar is zijn doel voorbijgeschoten;

³⁵ In 2000 verschijnt de nota '*Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*' van de SER. Hierin wordt een door alle partijen geaccepteerde basisverzekering beschreven op privaatrechtelijke grondslag, gefinancierd met volledig nominale premies. De eensgezindheid van werkgevers en werknemers is uniek te noemen en een zwaarbevochten compromis. Rapporten van de RVZ zijn: Europa en de gezondheidszorg (1999), De rollen verdeeld (2000), Care en Cure (2001).

- het duale karakter van de verzekering in het tweede compartiment [ziekenfonds en particuliere verzekering] frustreert een doelmatige zorginkoop en zorgregie door verzekeraars, de keuzemogelijkheden voor verzekerden en de solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's. De historische oorzaak van het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerde is niet meer actueel, terwijl de verschillende sturingsconcepten tot ongewenste gevolgen leiden (natura versus restitutiesysteem, wel of geen acceptatie- en zorgplicht, wel of geen prikkels tot doelmatige zorginkoop, ongelijke lastenverdeling en ongelijke keuzemogelijkheden voor ziekenfonds- of particuliere verzekerden);
- de uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment belemmert de totstandkoming van een samenhangend aanbod en leidt tot afwentelingsmechanismen.

'Vraag aan bod' schetst de hoofdlijnen van een nieuw zorgstelsel via twee complementaire pijlers. De eerste pijler, een verandering van de sturing van de zorg, is in gang gezet door de moderniseringstrajecten Curatieve Zorg en de AWBZ. Kernelementen zijn herijking van de bestaande aanbodregulering, vernieuwing van het prijs- en bekostigingsstelsel, vernieuwing van het aanbod en verbetering van de informatievoorziening.

De tweede pijler betreft aanpassingen in het verzekeringsstelsel. Elementen zijn: de invoering van een algemene verzekering curatieve zorg (de nieuwe naam voor de basisverzekering), de overheveling van de uitvoering van de AWBZ van de zorgkantoren naar de zorgverzekeraars, het oplossen van het domeinvraagstuk van het eerste compartiment en tot slot de integratie van de AWBZ en de algemene verzekering curatieve zorg. De voorgestelde nieuwe verzekering krijgt in deze nota een publiekrechtelijke basis en wordt gefinancierd door deels nominale, deels inkomensafhankelijke premies. De zorgverzekeraar krijgt zorgaanbieders tegenover zich die per deelmarkt onderling meer of minder marktwerking kennen. De nota Vraag aan bod onderscheidt daartoe drie tranches die de drie compartimenten vervangen. De tranches zijn gebaseerd op een gefaseerde, gedifferentieerde en geëigende toepassing van een dereguleringsprogramma (introductie van meer marktwerking). Van meer naar minder marktwerking zijn dit: fysiotherapie, verloskunde, kraamzorg en overige paramedische beroepen, hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer, apothekers, geneesmiddelen, ambulancevervoer, revalidatie, specialistische hulp en ziekenhuiszorg. De nog bestaande schaarste in een aantal deelmarkten moet worden opgeheven, zodat verzekeraars op basis van prijs en kwaliteit voldoende zorg kunnen inkopen. Het kabinet kiest voor een proces van 'ontwikkend ontwerpen' in het maximaal haalbare tempo en expliciet niet voor een nieuwe blauwdrukbenadering. De publieke belangen in de zorg: toegang, kwaliteit en beheerste kostenontwikkeling dienen door de overheid gewaarborgd te blijven. De overheid behoudt ook een taak ten aanzien van de opleidingen, topklinische zorg en (collectieve) preventie.

De besluitvorming over verschillende onderdelen van de nota 'Vraag aan bod' wordt doorgeschoven naar een volgend kabinet. In april 2002 valt het kabinet Kok over het Srebrenica-rapport, enkele weken voor het aflopen van de formele kabinetsperiode. Er is dan politiek een brede consensus ontstaan over de noodzaak van vraagsturing in de zorg en over de basisverzekering. De invulling hiervan kent echter weer twee varianten. De voorstanders van een verzekering op privaatrechtelijke grondslag met nominale premies, zoals verwoord in het SER-rapport (voorstanders zijn werknemers- en werkgeversorganisaties, VVD en CDA), en de voorstanders van een publiekrechtelijke grondslag voor de basisverzekering met deels nominale, deels inkomensafhankelijke premies (PvdA, D66, Groen Links en de SP).

Convergentie tussen zorg en sociale zekerheid

De laatste belangrijke ontwikkeling in de regeerperiode van Paars is de grote convergentie van zorg en sociale zekerheid. In de sector van de sociale zekerheid is een beleidsontwikkeling in gang gezet die uitgaat van wettelijke verplichtingen voor werkgever en werknemer, op het gebied van ziekteverzuimpreventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie.

Het systeem bevat prikkels voor beide partijen om te komen tot een doelmatige inzet van daarvoor beschikbare instrumenten en financiële middelen en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor (Van Lieshout, 2003). De belangrijkste marktpartijen zijn de werkgevers en werknemers, Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven en (medische) interventiebedrijven en verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. In de zorgsector gaat de beleidsontwikkeling meer en meer uit van gereguleerde marktwerking en vraagsturing in plaats van aanbodsturing. De belangrijkste marktpartijen zijn de zorgaanbieders, de zorgvragers en de zorgverzekeraars.

De Sociaal Economische Raad (SER) bepleit in 1998 meer aandacht voor de verwevenheid van deze grotendeels gescheiden stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg³⁶. In de praktijk is deze verwevenheid immers groot. Werknemers die ziek worden hebben met beide stelsels te maken. Werkgevers zijn verplicht tot twee jaar loondoorbetaling bij ziekte (dit was één jaar) en tot het inschakelen van een Arbo-dienst (tot 1 juli 2005). Zij hebben dus een grote financiële motivatie om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen en zieke werknemers zo snel mogelijk te reïntegreren. De Raad signaleert in 1998 als belemmeringen voor een goede integratie van de twee beleidsterreinen: de wachtlijsten en wachttijden in de zorg, de gebrekkige bijdrage van de gezondheidszorg aan de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten en de te geringe doelmatigheid van de gezondheidszorg. De interactie en de gegevensuitwisseling (in verband met privacyaspecten) tussen alle spelers zijn ook belemmerende factoren.

De steeds grotere rol en verantwoordelijkheid van de werkgever bij ziekte van werknemers, stimuleert deze tot het voeren van een actief preventie- en reïntegratiebeleid. Diverse (zorg-)verzekeraars spelen hierop in door samenwerkingsverbanden aan te gaan met arbo- en reïntegratiebedrijven of door deze zelf op te zetten. Dit leidt ondermeer tot productdiversificatie bij zorgverzekeraars. Daarnaast worden er manieren gecreëerd om de vergoeding van arbeidsgerelateerde zorg via de ziektekostenverzekering te laten lopen. Zo maakt de Regeling initiatiefruimte ziekenfondsverzekering het vanaf 1 januari 2003 mogelijk om de kosten voor medische interventies (geleverd door medische interventiebedrijven die naast de reguliere zorginstellingen zijn ontstaan) ten last te brengen van de ziekenfondsverzekering. Vijf procent van het variabele verstrekkingenbudget (zie paragraaf 3.2.2) mag besteed worden aan zorgvernieuwingprojecten en bevordering van een doelmatige zorgverlening. Het zorgaanbod kan bovendien verruimd worden door het toelaten van Zelfstandige Behandelcentra tot de reguliere zorg en door de functionele aanspraken en daaraan gekoppelde toelating van zorgaanbieders binnen de AWBZ sinds 1 januari 2003. Zorg en sociale zekerheid convergeren door het grote financiële belang dat werkgevers en werknemers hierbij hebben.

Naar een nieuw zorgstelsel

Het kabinet Balkenende I (CDA, VVD, LPF) wordt geïnstalleerd na rumoerige verkiezingen, veroorzaakt door de moord op LPF-voorman Fortuyn op 6 mei 2002 en de uitbarsting van algemene onvrede hierna. Het kabinet is geen lang leven beschoren: na 87 hectische dagen komt het ten val. Toch veroorzaakt de (tijdelijke) monsterzege van de LPF een schok, doordat de LPF-minister van VWS E. Bomhof in zijn korte regeerperiode een aantal stenen in de vijver gooit. Zo stelt hij het 'recht op zorg' vast. Bovendien versnelt hij de experimentele invoering van 17 DiagnoseBehandelCombinaties (DBC's). Afschaffing van overbodige regels en meer doelmatigheid moeten gaan leiden tot een hogere productie in de zorg. Ook wil hij zorgverzekeraars een rapportcijfer gaan geven voor hun prestaties. Het aantal opleidingsplaatsen wordt uitgebreid om te voorkomen dat te weinig personeel in de zorg een bottleneck blijft in het wegwerken van de wachtlijsten. In het regeerakkoord is dan de keuze gemaakt voor een basisverzekering op privaatrechtelijke grondslag, in te voeren vanaf 2005, met

³⁶ Sociale Zekerheid en Zorg, Advies 98/13 van de SER, Den Haag, juni 1998

volledig nominale premies voor verzekerden en een procentuele premie voor de werkgevers. Voor de laagste inkomens moet een inkomenssubsidie uitkomst bieden. Het verstrekkingenpakket omvat de verstrekkingen van de huidige ziekenfondsverzekering. Demissionair minister De Geus van Sociale Zaken zet na het aftreden van Bomhof diens plannen door. Dan wordt duidelijk dat de economische hausse over is. Een recessie volgt.

Een ander zorgstelsel

‘Er is een ingrijpende wijziging nodig in de organisatie en de financiering van de zorg. Uitgangspunt daarbij moet concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars zijn, in combinatie met een sterkere positie van cliënten en patiënten. De overheid dient de kaders te bieden waarbinnen patiënten en instellingen hun eigen keuzen kunnen maken en verantwoordelijkheid kunnen nemen. Niet de regelgeving, maar de vraag van patiënten moet het volume en de variëteit van het zorgaanbod sturen. Daardoor wordt op den duur normale prijsvorming mogelijk. De overheid blijft vooral aanspreekbaar op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, de handhaving van eerlijke verhoudingen en het verzekeren van objectieve informatie over de kwaliteit van het aanbod van zorgaanbieders en –verzekeraars. Het huidige zorgverzekeringsstelsel is niet geschikt om een dergelijk stelsel adequaat te doen functioneren. Daarom moet als sluitstuk van de verandering van sturing en financiering van de zorg een nieuw verzekeringsstelsel worden ingevoerd’.

Kabinetsformatie 2002,
Strategisch accoord voor kabinet CDA, LPF, VVD (, Balkenende I)
‘Werken aan vertrouwen, een kwestie van aanpakken’

In de Zorgnota en de Rijksbegroting 2003 van het volgende kabinet, Balkenende II (CDA, VVD, D66) wordt het recht van burgers op zorg vastgelegd. Juridisch gezien zijn dit slechts beleidsmatige voornemens, waar burgers geen rechten aan kunnen ontleen. De ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek van ziekenhuizen wordt doorgezet, op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Snel oplopende werkeloosheid en financiële tegenvallers nopen het nieuwe kabinet om flink de broekriem aan te halen. Kostenbeheersing en harde bezuinigingen, ook in de zorg, staan opnieuw voor de deur. Minister Hoogervorst, de nieuwe minister op VWS in kabinet Balkenende II en voorheen staatssecretaris van Financiën, gaat per 1 januari 2004 over tot het verkleinen van het ziekenfondspakket. De zorgverzekeraars reageren vrijwel unaniem met het opnemen van de meeste van deze verstrekkingen in aanvullende pakketten. Vanaf 1 januari 2005 wordt bovendien de no-claimteruggaveregeling ingevoerd (no-claimbedrag van € 255,-).

Het Hoofdlijnenaccord van het kabinet Balkenende II (CDA, VVD en D66) heeft de titel ‘Meedoen, meer werk, minder regels’ (2003). Hoogervorst pakt door: het nieuwe zorgstelsel moet er nu komen: de geesten zijn er rijp voor. Het primaat van de overheid heeft geleid tot een ‘ontmoediging van de eigen verantwoordelijkheid en de prestatiegerichtheid’. Op de website ‘ww.denieuwezorgverzekering.nl’ motiveert de regering de nieuwe zorgverzekeringswet met de volgende argumenten:

- de overheid is tot in detail verantwoordelijk geworden voor de zorg. Dit heeft geleid tot veel bureaucratie en te weinig verantwoordelijkheden voor de hoofdrolspelers in de zorg;
- de burger betaalt weinig direct mee aan de kosten van de zorg en kent prijs noch kwaliteit van de zorg;
- de zorgverzekeraar heeft nog steeds te weinig invloed op de prijs van zijn verzekeringsproduct en te weinig belang bij kostenbeheersing. De verbrokkelde verzekeringsmarkt (bedoeld wordt hier het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzeke-

ringen) beperkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Verzekeraars ervaren te weinig druk van consumenten die kunnen kiezen: ziekenfondsverzekerden hebben hierbij te weinig financieel belang en particuliere verzekerden kunnen vaak niet kiezen door de acceptatievoorwaarden;

- de zorgaanbieders worden te weinig gestimuleerd tot optimale prestaties, veroorzaakt door de financieringsstructuur en het zwaar gereguleerde en inflexibele stelsel. Verzekeraars kunnen te weinig tegenwicht bieden aan aanbieders van zorg en het zicht op de prestaties van zorgaanbieders is te gering.

De zorgverzekeringswet

De kern van deze zorgverzekeringswet is een verplichte basisverzekering voor alle Nederlanders. Het wettelijke onderscheid tussen ziekenfondsverzekerde, particuliere verzekerde of de verzekerde via de publiekrechtelijke regelingen vervalt nadat deze groepen 65 jaar gescheiden zijn geweest. Private zorgverzekeraars gaan de zorgverzekeringswet uitvoeren. De premie wordt voor de verzekerde volledig nominaal. De werkgever draagt via een inkomensafhankelijke premie bij aan de kosten. Om burgers tegemoet te komen in de hogere zorgpremies en zo de inkomenseffecten te reguleren, reserveert het ministerie in 2006 2,6 miljard euro voor een zorgtoeslag voor circa 6 miljoen Nederlanders. De Belastingdienst gaat deze zorgtoeslag maandelijks uitkeren.

De AWBZ moet weer worden teruggebracht tot een wet voor 'niet op genezing gerichte langdurige zorg'. Dit betekent dat alle op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg op termijn in de nieuwe zorgverzekeringswet wordt ondergebracht.

Zorgverzekeraars bereiden zich op de nieuwe zorgverzekering voor door hun bedrijfsprocessen en ICT opnieuw te ijken op de nieuwe eisen, door de zorginkoopfunctie meer toe te spitsen op voordelen voor de eigen verzekerden en door meer kennis van de klant te vergaren. De onderlinge concurrentie neemt vanaf de tweede helft van 2005 sterk toe. In 2006 wordt duidelijk hoe sterk: zorgverzekeraars verdubbelen de uitgaven voor marketing. In 2004 wordt door de gezamenlijke zorgverzekeraars € 33,5 miljoen aan reclame-uitingen besteed, in 2005 is dit € 78,5 miljoen (Financieel Dagblad, 27.01.2006). Rond de basisverzekering breekt een kleine prijzenslag uit. De premies voor de basisverzekering liggen vaak onder de richtprijs van € 1.100,- per jaar die VWS noemt. Dit is ondermeer mogelijk doordat de solvabiliteitseisen voor de particuliere ziektekostenverzekeraars wijzigen. Deze moeten tot 2006 een solvabiliteit van 25% aanhouden. Dit percentage wordt vanaf 2006 verlaagd tot de voor ziekenfondsen gebruikelijke 8%: hierdoor valt € 2,5 miljard vrij. Met deze 'oorlogskassen' kunnen de premies voor 2006 kunstmatig laag worden gehouden. Naast de basisverzekering worden verschillende nieuwe aanvullende verzekeringen gelanceerd, die 'uitzonderlijk genereus' zijn in de verhouding dekking versus prijs (Maarse, in het maandblad CVZ magazine, januari 2006). Bovendien ontstaan er verschillende nieuwe collectiviteiten, die niet meer aan het werkgeversschap zijn gebonden. De verzekerden blijken eind 2005 zeer geïnteresseerd in de verschillende vergelijkingssites van zorgpolissen³⁷ die worden gelanceerd.

Om het nieuwe zorgstelsel in te voeren moeten 4 wetten worden ingevoerd. In tabel 3.3 staat de behandeling van de benodigde wetten in de Tweede Kamer (TK) en in de Eerste Kamer (EK). Op 1 januari 2006 wordt de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) ingevoerd.

³⁷ Vergelijkingssites: de Productvergelijker Zorgverzekeringen van de Consumentenbond, www.kiesBeter.nl van het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS, ZekerZorg.nl, Verzekeringssite.nl, Veelbesparen.nl, Zorgkiezer.nl, ZorgPlanet.nl.

Vorbereiding voor een nieuw zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006			
	Zorgverzekeringwet Wet op de Zorgtoeslag	Invoerings- en aanpassingswet	Wet Marktordening gezondheidszorg
2004:			
December	Besluit Tweede Kamer		
2005:			
Juni	Besluit Eerste Kamer		
Juli	Publieksinformatie vanuit VWS start	Besluit Tweede Kamer	
Oktober		Besluit Eerste Kamer	
November	ZN-campagne van start		
December	Vóór 16 december ontvangt iedereen een aanbod van zijn huidige zorgverzekeraar		
2006:			
1 januari	Invoering nieuwe Zorgverzekering		
Maart			Besluit Tweede Kamer
Juli			Besluit Eerste Kamer

Tabel 3.3: Vorbereiding voor een nieuw zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006

Omdat de onderzoeksperiode eindigt op 31 december 2005, eindigt hier de chronologische beschrijving van de omgeving van zorgverzekeraars. Er breekt een nieuw en minstens zo interessant tijdperk aan.

3.2. De veranderende omgeving

Nu de ontwikkeling van het Nederlandse zorgverzekeringstelsel in grote lijnen is beschreven, kan de veranderende omgeving van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006 worden geanalyseerd. In navolging van hoofdstuk 2 (paragraaf 2.1) worden hierbij achtereenvolgens drie benaderingen toegepast. Paragraaf 3.2.1 bevat een korte analyse volgens de 'DESTEP'-methode. Twee politieke maatregelen worden nader belicht, omdat hieruit blijkt dat de spelregels voor ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars ingrijpend zijn veranderd. Paragraaf 3.2.2 belicht het interorganisatiele netwerk van zorgverzekeraars, waaruit blijkt dat het krachtenveld in de onderzoeksperiode is veranderd. Paragraaf 3.2.3 beschrijft kort de internationale (Europese) omgeving. Deze paragraaf toont zo aan dat het werkgebied, de spelregels en het krachtenveld voor zorgverzekeraars in 2005 onvergelykbaar zijn met het werkgebied, de spelregels en het krachtenveld voor de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars in 1987.

3.2.1. Andere spelregels

De DESTEP-methode beschouwt de impact van demografische, economische, sociaal-maatschappelijke, technologische, ecologische en politieke factoren op het functioneren van een organisatie.

Demografische en sociaal-maatschappelijke factoren

Het is bekend dat Nederland vergrijst en ontgroent. Dit heeft grote gevolgen voor de zorginhoudelijke eisen die aan de gezondheidszorg gesteld gaan worden in de toekomst. Zorgverzekeraars moeten hier rekening mee houden, omdat dit gegeven ook consequenties heeft voor de zorginkoop en de premieheffing. Ouderen zijn qua zorgkosten nu eenmaal duurder dan jongeren. In de onderzoeksperiode en vooral in de tweede helft van 2005 wordt duidelijk dat zorgverzekeraars actief inspelen op deze demografische vooruitzichten. Zij trachten hun verzekerdenbestand qua samenstelling te optimaliseren, er ontstaan specifieke jongeren-, studenten-, en ouderenpolissen, polissen voor diabetici en reumapatiënten, polissen specifiek voor chronische zieken en gehandicapten enzovoort.

In het verlengde hiervan wordt gewaarschuwd dat de solidariteit tussen de generaties zijn langste tijd heeft gehad. Sanders (scheidend voorzitter van de RVZ) verwoordt dit als volgt³⁸: 'De solidariteit in de gezondheidszorg heeft zijn grenzen bereikt. Het draagvlak om alles maar te betalen neemt af omdat de helft van de ziektekosten voortkomt uit welvaartsziekten. Nieuwe medicijnen, maar ook zoiets als long- en harttransplantaties zijn buitengewoon kostbaar. Dat kunnen we niet langer afwentelen op de gemeenschap, omdat de collectieve lasten beperkt zijn'.

Economische factoren

De economische situatie (in Nederland) heeft op twee manieren effect op het functioneren van de zorgverzekeraars. Ten eerste worden de beleggingsopbrengsten hierdoor beïnvloed. Deze opbrengsten zijn van belang voor het te voeren premiebeleid: de in goede tijden opgebouwde reserves van zorgverzekeraars kunnen in mindere tijden worden aangesproken om noodzakelijke premieverhogingen te dempen en zo een meer stabiel prijsbeleid te voeren. Het voeren van een effectief beleggingenbeleid is dus cruciaal voor een zorgverzekeraar. Omdat er zoveel geld omgaat in de gezondheidszorg, zijn zorgverzekeraars ook financiële instellingen. Ten tweede hebben het zorgkostenbudget en de zorgkosten in enig jaar effect op de inhoud van het ziekenfondspakket en op de invoering van eigen bijdragen, eigen risico's en no-claimbedragen. In de onderzoeksperiode zijn diverse van dit soort maatregelen door zorgverzekeraars verwerkt, zie bijlage 3.

Technologische ontwikkelingen

De snelle en ingrijpende technologische ontwikkelingen in de onderzoeksperiode hebben een grote invloed op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Vanaf het begin van de jaren '80 wordt hard gewerkt aan de digitalisering van de omvangrijke informatiestromen met andere organisaties. Het natuursysteem bij de ziekenfondsverzekerden zorgt voor intensief administratief contact tussen zorgaanbieder en ziekenfonds: de ziekenfondsverzekerde krijgt in principe geen nota te zien. 'Externe integratie' is de verzamelnaam voor het digitaliseren van dit declaratieverkeer en van andere geautomatiseerde uitwisselingen. In de onderzoeksperiode zijn voorbeelden hiervan de invoering van tape-facturatie met ziekenhuizen (vanaf 1985) en het uitwisselen van diskettes, en later de digitalisering van

³⁸ 'Wie niet stopt met chips eten, moet meer premie betalen' (Sanders in de NRC, 24 januari 2006). Rapport 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

gegevensuitwisseling via netwerken als VeCoZo, Infomedics, RINIS en AZR³⁹. Ook het verschuiven van controles naar de invoerkant is mogelijk geworden door de nieuwe technologie. Via Internet kunnen verzekerden nu polissen afsluiten, informatie opvragen en mutaties doorgeven. Via Diginet (bij Zorgverzekeraar VGZ) kunnen werkgevers verzekerdengegevens opvragen en muteren. De invoering van het SOFI-nummer in de jaren '80 van de vorige eeuw maakt in de verzekerdenadministratie koppelingen mogelijk met externe gegevensbestanden zoals uitkeringsinstanties en gemeentelijke administraties.

Het Burger Service Nummer (BSN) zal vanaf 2006 het sofi-nummer vervangen en verplicht worden opgenomen in de registraties van zorgverzekeraars, indicatieorganen en zorgaanbieders. Hiermee wordt de basis gelegd voor de verdere ontwikkeling van het elektronisch medicatie dossier (EMD), het elektronische patiëntendossier (EPD), een waarneem dossier huisartsen (WDH) enzovoort. Hiermee zal veel papierwerk tot het verleden gaan behoren.

Ecologie

Zorgverzekeraars hebben zich in de onderzoeksperiode nog niet intensief bezig gehouden met ecologische zaken. In het Informatiemodel Maatschappelijk Verslag – deel 1: publieksverslag komt in 2005 voor het eerst een paragraaf 'maatschappelijke betrokkenheid en milieu' voor. Het elektriciteits-, gas-, en papierverbruik en de maatschappelijke betrokkenheid van de organisatie zijn de vier facultatief te verantwoorden indicatoren op dit gebied.

Politieke ontwikkelingen

Tot slot de politieke invloed van de omgeving. Uit de voorgaande paragraaf zal duidelijk zijn dat de omgeving van zorgverzekeraars hiervan doordrenkt is. Een goede ingang bij de politieke partijen is voor bestuursleden van zorgverzekeraars en voor de koepelorganisatie ZN een belangrijke succesfactor om de politieke besluitvorming te beïnvloeden dan wel de organisatie tijdig in te richten op wetswijzigingen.

Twee politieke maatregelen zijn in de onderzoeksperiode van doorslaggevend belang geweest voor de organisatieontwikkeling van zorgverzekeraars: het loslaten van de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen in 1992 en de toegenomen financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. De spelregels voor zorgverzekeraars zijn hierdoor ingrijpend veranderd, zoals hierna wordt toegelicht.

Het loslaten van de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen

Tot 1992 is Nederland voor de ziekenfondsen opgedeeld in elkaar niet of nauwelijks overlappende regio's⁴⁰, die terug te voeren zijn op de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974. De ziekenfondsen hebben daardoor feitelijk een monopoliepositie in hun regio. Ziekenfondsverzekerden hebben geen enkele keuzevrijheid: zij zijn verplicht aangesloten bij het ziekenfonds dat in hun woonplaats actief is. Als mensen verhuizen naar een plaats buiten het werkgebied van dit ziekenfonds, gaan zij automatisch over naar een ander ziekenfonds. De

³⁹ VeCoZo: Veilige Internet Communicatie in de Zorg, in 2001 opgezet door de zorgverzekeraars CZ, VGZ en OZ. In 2006 werken alle zorgverzekeraars hier mee.

Infomedics: Infomedics is een onafhankelijke landelijke organisatie die declaraties van zorgaanbieders omzet in elektronische declaraties en deze uitgesplitst per zorgverzekeraar en doorstuurt naar de zorgverzekeraars. Dit levert voordelen op voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars.

RINIS: Routerings Instituut (Inter-)Nationale Informatiestromen. RINIS maakt elektronische communicatie met uvi's mogelijk waardoor de papieren berichtenstroom rond de verzekeringsverklaringen van werkgevers vervangen wordt door elektronisch verkeer.

AZR: AWBZbrede Zorgregistratiesysteem.

⁴⁰ Voor dit onderzoek is relevant dat juist in Brabant en Limburg de werkgebieden van de daar aanwezige ziekenfondsen wel enige overlap vertoonden. Men was daardoor gewend aan enige competitie. Zie verder hoofdstuk 4.

ziekenfondsen werken in dit opzicht administratief samen: periodiek worden verzekerden 'geruild'.

De ratio achter deze vaste werkgebieden is zoals gezegd het feit dat de gezondheidszorg en het verzekeringsbestel regionaal op elkaar ingesteld moeten zijn⁴¹. De ziekenfondsen, hun koepel de VNZ maar ook de Sociaal Economische Raad⁴² hebben dit standpunt lang verdedigd. De ziekenfondsen zijn regionaal geworteld en kunnen in de regio het best de belangen van hun verzekerden behartigen door hun historische relatie met de zorg-aanbieders daar (Companje, 2001, p.291).

Om marktwerking te stimuleren drukt staatssecretaris Simons in 1991 de opheffing van deze vaste werkgebieden door. Hij geeft eind 1991 een erkenningsbeschikking aan Medi-Zorg, een aan schadeverzekeraar OHRA verbonden landelijk werkend ziekenfonds (Companje, 2001, p. 292). Ziekenfondsverzekerden kunnen dus vanaf 1992 jaarlijks 'stemmen met de voeten'. Rond de jaarwisseling hebben zij twee maanden de tijd om van ziekenfonds te wisselen. Ook bij een tussentijdse premiewijziging hebben zij die mogelijkheid. De mate waarin zij hiervan gebruik maken is tot 2005 overigens beperkt. Hier wordt in de volgende hoofdstukken op terug gekomen. De keuzevrijheid van verzekerden voor een zorgverzekeraar staat in 2005 niet meer ter discussie, al pleit de Socialistische Partij in het rapport 'Meer zorg met minder bureaucratie' (2003) voor een terugkeer naar regionaal werkende zorgverzekeraars.

Het opheffen van de vaste werkgebieden betekent voor de ziekenfondsen niets minder dan de introductie van concurrentie: iets wat zij helemaal niet gewend zijn. Het geeft een enorme schok in ziekenfondsland. De relatie met de individuele verzekerde verandert wezenlijk: de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekerde wordt een klant die naar een andere zorgverzekeraar kan overstappen. Er moet vanaf nu naar de gunst van de verzekerde gedongen worden. Een gevolg hiervan is dat het werkgebied van de ziekenfondsen⁴³ verruimd wordt van regionaal naar landelijk. Achteraf gezien is dit een doorbraak geweest voor de ontwikkeling van de ziekenfondsen.

Toegenomen financiële verantwoordelijkheid

Meer nog dan het vrijgeven van de werkgebieden van de ziekenfondsen in 1992, is de belangrijkste verandering voor de zorgverzekeraars de toegenomen financiële verantwoordelijkheid geweest. Vóór de jaren tachtig van de twintigste eeuw zijn ziekenfondsen op geen enkele wijze financieel verantwoordelijk, noch voor de beheerskosten⁴⁴ noch voor de zorgkosten⁴⁵. De premie-inkomsten zijn tot 1989 volledig inkomensafhankelijk. De werkgever draagt deze inkomsten af aan de bedrijfsvereniging, die deze weer afdraagt aan de Algemene Kas. Deze wordt beheerd door de Ziekenfondsraad. Op basis van de verwachte schade, gebaseerd op de historische kosten, ontvangt een ziekenfonds een maandelijks voorschot om de zorgaanbieders te kunnen betalen. Aan het eind van het jaar wordt het verschil tussen de verantwoorde schade en de ontvangen voorschotten verrekend. Vanaf

⁴¹ 'Het idee, dat een medische beroepsbeoefenaar met circa honderd ziekenfondsen of voormalig particuliere verzekeraars een contract moet sluiten, is een paskwil' (Citaat van Companje, 2001, p. 268.) Dit citaat duidt erop dat rond 1986 nog niet werd gedacht aan schaalvergroting.

⁴² Advies beheersstructuur Gezondheidszorg, SER, april 1987

⁴³ Bewust staat hier weer ziekenfondsen: de bovenbouworganisaties van ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars hadden altijd al (naar vrije keuze) heel Nederland als werkgebied. In de AWBZ is het ordeningsprincipe anno 2005 nog steeds de regio.

⁴⁴ Beheerskosten, uitvoeringskosten of bedrijfskosten: deze benamingen worden gehanteerd voor 'alle kosten die direct of indirect voortvloeien en benodigd zijn voor het beheer en de exploitatie van een ziektekostenverzekering, niet zijnde de kosten van uitbetaalde schade, bepaalde (geboekte) premielasten of negatieve opbrengsten uit beleggingen'.

⁴⁵ Zorgkosten, verstrekkingen of schade: hieronder wordt verstaan 'de betaalde vergoedingen uit hoofde van ziektekostenverzekeringen op transactiebasis'.

1989 worden de inkomsten uit de dan ingevoerde nominale premie van de bevoorschotting afgetrokken. Zelfs het risico van de oninbaarheid van deze nominale premies ligt tot 1993 niet bij de ziekenfondsen. De Ziekenfondsraad toetst de beheerskosten in detail. Er wordt in de uitkering gecorrigeerd als het ziekenfonds bijvoorbeeld reclamekosten van de bovenbouw boekt onder de beheerskosten van het ziekenfonds.

Beheerskosten gebudgetteerd

Met ingang van 1984 worden de 49 ziekenfondsen gebudgetteerd voor hun beheerskosten. De basis voor dit budget zijn 'door het secretariaat beoordeelde situatie per 31-12-1983 per ziekenfonds minus de kostenelementen die wel in de basis 31-12-1983 zijn opgenomen doch die eerst met ingang van 1985 tot kosten leiden (dus in 1984 nog niet benodigd zijn)'. Dit budget op basis van historische kosten betekent een ongelijke uitgangssituatie voor de ziekenfondsen. Immers, de organisaties die op het meetmoment 31.12.1983 ruim in het jasje zitten, ontvangen een groter budget dan de ziekenfondsen die op dat moment al heel efficiënt werken. Deze ongelijke situatie wordt geleidelijk aan rechtgetrokken door het historische budget te vervangen door een budget gebaseerd op normuitkeringen per verzekerde. Binnen de budgettering beheerskosten Ziekenfondswet (Zfw) wordt met ingang van 1991 een normeringssystematiek toegepast, waarbij de budgetten (behoudens een zeker deel voor historisch bepaalde kosten), uitgedrukt in een bedrag per verzekerde, meer in overeenstemming worden gebracht met het landelijke gemiddelde. Met ingang van 1997 is het hele budget beheerskosten gebaseerd op een gemiddeld gelijk bedrag per verzekerde. De totale uitgaven uitvoering en beheer ontwikkelen zich als volgt, zie tabel 3.4.

Totale uitgaven uitvoering en beheer			
	1998	2001	2003
	Miljoen euro	Miljoen euro	Miljoen euro
Beheerskosten uitvoeringsorganen			
Ziekenfondsen	406,1	429,5	464,3
Zorgkantoren	40,3	87,3	114,4
CAK-BZ	12,8	17,7	21,2
Totaal	459,2	534,6	599,8
Overige uitvoeringskosten ⁴⁶	92,9	119,2	64,8
Totaal uitvoeringskosten	552,1	653,9	664,6

Tabel 3.4: Totale uitgaven uitvoering en beheer. Bron: CVZorgcijfers 1998-2003

Dit landelijke budget wordt jaarlijks gemuteerd voor meer en minder werk, zoals de invoering van een nominale premie, de overheveling van verstrekkingen van de AWBZ naar het ziekenfondspakket en vise versa, de invoering van een no-claim bedrag, enzovoort. Daarnaast worden macro-kortingen toegepast voor toegenomen efficiency als gevolg van de toegenomen automatisering.

Zorgkosten gebudgetteerd

Vanaf 1991 worden ook de zorgkosten voor ziekenfondsen, de 'schade', gebudgetteerd. Om te bewerkstelligen dat ziekenfondsen kritisch en kostenbewust zorg contracteren, kondigt het

⁴⁶ Overige uitvoeringskosten: Secretariaatskosten ZBO's (CVZ, CTZ, CTG, CBZ (bouwcollege), CSZ (ziekenhuissanering)), Inningskosten bedrijfsverenigingen.

kabinet-Kok in de nota *Zorg in het regeerakkoord* (1995) aan, toe te willen naar volledig risicodragende ziekenfondsen voor het tweede compartiment⁴⁷.

In de onderzoeksperiode wordt dit budgetteringssysteem een aantal malen gewijzigd, zodanig dat ziekenfondsen steeds meer risicodragend worden en dat het budget de werkelijk te maken kosten steeds beter benadert, zie bijlage 4. Naarmate het budget via een verfijnder methodiek wordt vastgesteld, door meer normcriteria toe te passen die het gezondheids-risicoprofiel van de verzekerden benaderen, nemen de percentages verevening en nacalculatie⁴⁸ af.

3.2.2. Veranderend krachtenveld

Interorganisationeel netwerk

Aanhakend bij de afbakening van het onderzoek tot de kernfuncties van een zorgverzekeraar, is in figuur 3.2 het interorganisationele netwerk van een zorgverzekeraar geschetst. Per onderscheiden functie zijn de meest relevante actoren opgenomen. Hieruit blijkt dat de omgeving van zorgverzekeraars complexer is dan figuur 3.1 suggereert.

Bovendien wordt duidelijk dat de omgeving van een zorgverzekeraar in verschillende omgevingssectoren kan worden onderscheiden: de verschillende markten waarin de zorgverzekeraar acteert. De functies die in dit onderzoek worden onderscheiden (verkoop, zorginkoop, administratie en informatie geven) hebben elk een eigen omgevingssector waarin verschillende actoren dominant zijn. Een zorgverzekeraar is in die zin een hybride organisatie: in de verschillende omgevingssectoren worden verschillende doelstellingen nagestreefd. Een zorgverzekeraar is daarmee ook een complexe organisatie. Om de overall organisatiedoelen te realiseren, dienen de verschillende organisatieonderdelen immers goed ingesteld te zijn op de betreffende omgevingssector (differentiatie, in de terminologie van Lorsch en Lawrence); tegelijkertijd dienen zij ook intern goed op elkaar afgestemd te zijn (integratie, in de terminologie van Lorsch en Lawrence). Deze paragraaf beschrijft vanuit het perspectief van een zorgverzekeraar de ontwikkeling van de relatie met de in dit onderzoek betrokken actoren in de periode 1987 tot 2006.

De relatie met de overheid

In de onderzoeksperiode zijn in het kader van dit onderzoek in het bijzonder twee zaken relevant in de relatie tussen overheid en zorgverzekeraars: het 'terugtrekken' van de overheid en de nadruk op het terugdringen van de administratieve lasten.

Een zorgverzekeraar ontleent zijn bestaansrecht ondermeer aan het uitvoeren van wet- en regelgeving. Er is een veelheid van wetten van toepassing op het functioneren van de zorgverzekeraars, zie figuur 3.3. De belangrijkste wetten, de Ziekenfondswet en de AWBZ staan beschreven in 7 losbladige banden Koninklijke Vermande: Rechten en plichten Verzekerden Zfw/AWBZ, Voorschriften ziekenfondsverzekering en Voorschriften zorgverzekering. Regelingen, circulaires, jurisprudentie, door de branche zelf geformuleerde eisen en gedrags-

⁴⁷ met uitzondering van de vaste kosten van het ziekenhuis, omdat deze kosten voortvloeien uit WZV-beslissingen waar verzekeraars geen invloed op hebben.

⁴⁸ Verevening bewerkstelligt dat een evenredig aandeel in het landelijke tekort of overschot ten opzichte van het macrobudget ten laste of ten gunste van de ziekenfondsen wordt gebracht.

Nacalculatie bewerkstelligt dat de voor het begin van het jaar toegekende budgetten volledig opnieuw worden berekend met de werkelijke gegevens zoals die bekend zijn na het eind van het betreffende jaar.

codes en algemene wet- en regelgeving voor bedrijven⁴⁹ completeren het kader waar de zorgverzekeraar zijn organisatie en bedrijfsvoering op inricht.

Interorganisationeel netwerk van een zorgverzekeraar Landelijke-, provinciale-, en lokale overheden, Toezichthouders, Andere binnenlandse en buitenlandse (zorg-, inkomens- en schade)verzekeraars, Koepelorganisaties, Belangenorganisaties, Vakbonden, Patiëntenverenigingen, Inwoners van een zorgkantoorregio (AWBZ), Adviesorganen, Opleidingsinstituten, Financiers/financiële instellingen, Informatieverstrekende organisaties, Handelspartners, Toeleveranciers van producten, diensten en informatie, ICT-bedrijven e.a.		
Omgeving:	Zorgverzekeraar	Omgeving: Ledenraad, Raad van Commissarissen, Raad van Advies of andere statutaire actoren
Klanten:		Andere belangrijke actoren:
Verzekerden en prospects, ingedeeld conform de gehanteerde klantsegmentatie Werkgevers en andere collectiviteiten	Verkopen van polissen	ATP-en, intermediairs en volmachten
Zorgvragende verzekerden	Inkopen van zorg	Zorgaanbieders Leveranciers Indicatieorganen (CIZ)
(Zorgvragende) Verzekerden	Administratie	Diverse gegevensaanleverende instanties ICT bedrijven Administratiekantoren
(Potentiële) verzekerden	Informatie geven	Vergelijkingsites Andere informatieverstrekende instanties (bijvoorbeeld Consumentenbond, Vakbonden, Belastingdienst)

Figuur 3.2: Interorganisationeel netwerk van een zorgverzekeraar

De terugtrekkende overheid

Uit figuur 3.3 zou geconcludeerd kunnen worden dat de terugtrekkende overheid een relatief begrip is. De overheid is en blijft grondwettelijk verantwoordelijk voor de bevordering van de volksgezondheid. In de onderzoeksperiode is de rol van de overheid echter veranderd van een allesbepalende speler naar een speler die beoogt vooral de randvoorwaarden te scheppen. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden meer en meer teruggelegd in

⁴⁹ Fiscale-, sociale-, arbo- en milieuwetgeving zijn voor dit onderzoek niet relevant en daarom niet meegenomen in dit overzicht.

het veld. De bestaande spelers krijgen nieuwe rollen. De onderlinge relaties wijzigen daardoor.

Wet- en regelgeving, kaders en gedragscodes van toepassing op zorgverzekeraars⁵⁰			
Uitvoeringsorgaan AWBZ	Ziekenfonds	Particuliere ziektekosten- verzekeraar	Publiekrechtelijke verzekeraar
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, vanaf 1968)	Ziekenfondswet (ZfW, vanaf 1966)	Wet op de Toegang tot Ziektekosten- verzekeringen (WTZ)	Regelingen
<p>Specifieke wetgeving:</p> <p>Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV, vanaf 1979) opgevolgd door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, 2005), Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG, vanaf 1979), Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf (WTV, 1986 en 1993), Burgerlijk Wetboek Titel 7.17 (2006), Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ, 1994), Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV, 1997), Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (wet HOZ, 2005), Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG), Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP),</p> <p>AMvB's, Regelingen, Circulaires, Jurisprudentie, Sociale Verzekeringswetten e.a.</p> <p>Branchegebonden zaken en invloed van de maatschappij: Ombudsman Verzekeringen, Gedragscodes, Code Tabaksblatt, IFRS (financiële verslaggevingsregels), enquêtes, e.a.</p> <p>Financiële kaders: FOG, later FOZ, later de Zorgnota en later de Rijksbegroting VWS Budgettering op grond van de Zfw en ZVW</p> <p>Algemeen geldende wet- en regelgeving voor bedrijven:</p> <p>Burgerlijk Wetboek: jaarrekeningrecht, boek 2 titel 9, Mededingingswet, de Wet Bescherming Persoonsgegevens, Burgerlijk Wetboek: arbeidsrecht, Boek 7 titel 10, De Wet op de Ondernemingsraden, De Algemene Wet Bestuursrecht, Wet Nationale Ombudsman</p>			

Figuur 3.3: Wet- en regelgeving, kaders en gedragscodes van toepassing op zorgverzekeraars

In 'Vraag aan bod' wordt de nieuwe rol van de overheid bepaald tot 'het vaststellen van de kaders waarbinnen de decentrale beslissingsvrijheid ingevuld kan worden, het inrichten van adequaat toezicht op publieke doelen en het kunnen ingrijpen daar waar imperfecties optreden in het zelfregulerende systeem of waar publieke gezondheidszorgbelangen onvoldoende worden gewaarborgd. De overheid behoudt voorts nog de regie ten aanzien van de spreiding en capaciteit van de topklinische zorg en de medische opleidingscapaciteit, public health en preventie' (Vraag aan bod, 2001, p.32-33). Het kabinet beschrijft de toekomstige zorgverzekeraar in deze nota als volgt:

⁵⁰ Bovenstaande wetten worden met ingang van 1 januari 2006 voor een deel vervangen door een nieuw stelsel van wetten.

Een zorgverzekeraar is een landelijk werkende maatschappelijk geëngageerde organisatie die als belangenvertegenwoordiger optreedt namens de eigen verzekerden. Deze zorgverzekeraar heeft kenmerken van zowel het huidige ziekenfonds als de particuliere zorgverzekeraar. 'Zorgverzekeraars vervullen een centrale rol in het model van gereguleerde concurrentie als zij optreden als doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg' (VWS, 2001, p.24). Zij hebben een wettelijke acceptatie- en zorgplicht en zijn in voldoende mate risicodragend, om te bevorderen dat zij zich vooral richten op zorgregie en niet op risicoselectie. Er komt daartoe ook een systeem van risicoverevening. Zorgverzekeraars concurreren onderling op premiestelling, een goede bediening van de verzekerden en een efficiënte uitvoering van de zorg. Zij kunnen een winstoogmerk hebben. De verzekerden krijgen eenmaal per jaar de keuzemogelijkheid om te 'stemmen met de voeten' en van zorgverzekeraar te wisselen.

VWS schrijft ook: 'Voor sterke paarden zijn stevige teugels nodig'. Dit betekent sterk toezicht op financiële doelmatigheid en de werking van het systeem, op zorginhoudelijke doelmatigheid en op marktwerking. (Vraag aan bod, 2001, p. 67-68).

De invoering van vraagsturing en gereguleerde marktwerking worden bevestigd in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Aansluitend op het voorgaande stuurt Hoogervorst aan op meer concurrentie tussen zorgverzekeraars. Deze concurrentie wordt gevoed doordat VWS actief de informatievoorziening aan verzekerden gaat stimuleren via de vergelijkingssite KiesBeter.nl van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en mensen oproept bewust voor een zorgverzekeraar te kiezen.

Terugdringen van de administratieve lasten

Een speerpunt van de kabinetten Balkenende I en II is het 'terugdringen van de administratieve lasten'. Er verschijnen rapporten die de omvang van de administratieve lasten becijferen en die voorstellen doen om deze lasten te verminderen. Voor de gezondheidszorg is het rapport van de Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer) 'Minder regels, meer zorg' (januari 2002) relevant. De administratieve lasten in de zorgsector worden door deze commissie geraamd op ongeveer 690 miljoen euro. De commissie doet voorstellen voor besparingen tot 300 miljoen euro.

Minder regels, meer zorg

Eindrapportage van de Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector, januari 2002

De Commissie onderscheidt twee soorten administratieve lasten. De 'kosten van naleving' zijn kosten die het bedrijfsleven (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en overig bedrijfsleven) maakt om te voldoen aan informatieverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat dan om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. De 'kosten van uitvoering' zijn de kosten die ziekenfondsen, zorgkantoren en particuliere ziektekostenverzekeraars maken voor de uitvoering van de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WTZ. Om publieke belangen in de zorgsector te borgen, is een zeker niveau van administratieve lasten noodzakelijk. Het gaat de commissie om het terugdringen van de *vermijdbare* administratieve lasten, ontstaan door wildgroei, onvoldoende onderhoud en in het algemeen een gebrekkig besef van de kosten en de irritatie die administratieve lasten met zich meebrengen (2002, p.4 en p.8).

Een tweede document over dit onderwerp verschijnt in januari 2006: 'Een kwestie van vertrouwen, over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten', van de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg. Dit rapport maakt de balans op van enkele jaren debat en serieuze inspanningen van de kant van het ministerie, om de administratieve lasten terug te dringen. De conclusie is ontnuchterend.

Hoewel er duidelijke voortgang wordt gemaakt in het afschaffen van overbodige regelgeving, voelen de betrokken actoren geen duidelijke verbetering.

Een kwestie van vertrouwen

Over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten, VWS-commissie administratieve lasten in de zorg, januari 2006

Eind 2007 zal maar liefst 21 procent van de administratieve lasten die op het werkterrein van VWS in kaart zijn gebracht, verdwenen zijn. Deze 'Haagse werkelijkheid' komt echter niet overeen met de beleving van het zorgveld of het publiek. Deze nota onderscheid drie percepties van administratieve lasten (AL):

Het publiek ervaart nog steeds veel 'rompslomp' in de zorg. Administratie wordt gevoeld als een last, omdat het 'verplichte administratieve handelingen zijn die door anderen zijn opgelegd en die als nodeloos tijdrovend, bewerkelijk of nutteloos worden ervaren (invullen van formulieren, bewaren en gebruiken van gegevens, de kleine letters in contracten). De rijksoverheid definieert administratieve lasten enger: het zijn alleen die kosten voor het bedrijfsleven of burgers die nodig zijn om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. De zorgsector echter (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) definieert administratieve lasten als *alle* administratieve handelingen die ingewikkeld en tijdrovend zijn en waarvan men het nut niet of onvoldoende inziet: registraties binnen het zorgproces, contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, het aanleveren van gegevens aan brancheorganisaties, machtigingen, indicatiestellingen, levering van niet verplichte informatie aan een zorgkantoor of het niet op elkaar aansluiten van informatiesystemen tussen zorgaanbieders en zorgkantoren.

Men concludeert dat veel wantrouwen en indekgedrag is geïnstitutionaliseerd. De uitkomsten van een nulmeting leveren op dat 600 van de 1.700 wetten, amvb's, regelingen, circulaires en beleidsregels administratieve lasten kennen. Voor de zorg wordt een totaalbedrag van ruim € 1,4 miljard aan administratieve lasten becijferd. Via een gericht programma moet tot 2007 631 miljoen euro bespaard kunnen worden.

De relatie met toezichthouders

Ook de relatie met toezichthouders verandert in de onderzoeksperiode. In 1986 controleert de Ziekenfondsraad de (kleine) ziekenfondsen tot in detail. Het is op dat moment een machtige speler. De schaalvergroting bij zorgverzekeraars en de modernisering van het toezicht maken dat deze relatie meer in evenwicht komt. De gegevensgerichte vorm van toezicht wordt in de onderzoeksperiode vervangen door voorschriften voor de wijze waarop de organisaties zelf verantwoording afleggen over de bedrijfsvoering. Dit vergroot de invloed van de zorgverzekeraars op deze verantwoording. Prestatie-indicatoren in het uitvoeringsverslag worden vanaf 1999 in samenwerking met de zorgverzekeraars ontwikkeld.

De branche kent in 2005 een complex systeem van toezicht, veroorzaakt door het feit dat de verschillende wetten verschillende toezichthouders kennen. Toezichthouder voor de Ziekenfondswet en de AWBZ is het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ, voor de uitvoering), de wettelijke opvolger van de Ziekenfondsraad. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het CTZ (voor de uitvoering) leggen verantwoording af aan de minister van VWS. Toezichthouder voor de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren (IZA, IZR) en het politiepersoneel (DGVP) is de minister van Binnenlandse Zaken. Toezichthouder voor de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ) is de Stichting Uitvoering Omslagregeling (SUO). De toezichthouder voor de particuliere verzekeringen (inclusief aanvullende verzekeringen) is de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK), die in 2005 fuseert met De Nederlandse Bank. Daarnaast voert de Algemene Rekenkamer gevraagd en ongevraagd onderzoek uit naar het functioneren van het totale systeem van toezicht in de

gezondheidszorg. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is bij de gezondheidszorg betrokken om economisch machtsmisbruik en ongeoorloofde prijsafspraken tegen te gaan. De NMa toetst bovendien fusies en overnames met het doel een goede marktwerking te waarborgen (voorkomen van monopolieposities of te grote marktaandelen). Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) houdt toezicht op de tariefafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het College Bescherming Persoonsgegevens ziet toe op de correcte naleving van de gelijknamige wet. Schematisch is het toezicht in 2005 georganiseerd als weergegeven in tabel 3.5⁵¹.

Toezicht in de zorgverzekeringsbranche anno 2005					
	AWBZ	ZFW	Regeling Ambtenaren	Particuliere verzekering	
				WTZ	Overig
Toezicht door:	CTZ SVB	CTZ	Minister van Binnenlandse Zaken	SUO	DNB (voorheen PVK)
	CTG (tarieven)				
	NMa				
	Minister van VWS				
	Algemene Rekenkamer				
	College Bescherming Persoonsgegevens				

Tabel 3.5: Toezicht in de zorgverzekeringsbranche anno 2005

Eén zorgverzekeraar staat dus, als deze organisatie zowel de AWBZ als ziekenfonds-, particuliere- en aanvullende verzekeringen aanbiedt én een specifiek publiekrechtelijke regeling uitvoert (zoals de VGZ-IZA Groep vanaf 2004), onder toezicht van meerdere toezichthouders. Deze organisaties kijken elk met een specifieke bril naar de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. De belangrijkste aspecten van toezicht zijn: rechtmatigheid en doelmatigheid⁵² in de uitvoering van de Zfw en de AWBZ, de vermenging van publieke gelden met private gelden en de solvabiliteit van de zorgverzekeraar. De toezichthouders bewaken zo mede dat een zorgverzekeraar niet failliet gaat. Dit zou immers zeer schadelijk zijn voor het vertrouwen van de Nederlandse burger in het totale systeem.

Van Ziekenfondsraad naar Nederlandse Zorgautoriteit

De Ziekenfondsraad functioneert van 1949 tot 1999 en kent van oorsprong drie hoofdtaken: het toezicht, het beheer van gelden⁵³ en advisering (uitvoeringstechnische – en beleidsadviezen). Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad in die periode een belangrijke overlegfunctie: het is een platform waar de verschillende actoren elkaar ontmoeten. Deze overlegfunctie komt te vervallen als op 1 juli 1999 de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid in werking treedt.

⁵¹ Vanaf 2006 verandert deze situatie weer door de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgautoriteit.

⁵² Beide begrippen rappelleren aan de uitleg van het bureaucratiebegrip door Weber. De superioriteit van de bureaucratie uit zich vooral in deze twee begrippen.

⁵³ De Algemene Kas (het Vereveningsfonds) van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ-kas.

Beleid en toezicht worden gescheiden. De Ziekenfondsraad wordt opgevolgd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU). Twee jaar later, op 1 april 2001 wordt de Wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen ingevoerd. Hiermee wordt het toezicht op de uitvoeringsorganen Ziekenfondswet en AWBZ volledig verzelfstandigd. Het CVZ (beleid) en het CTU (toezicht) worden 'ontvlochten' en het CTU wordt nu het CTZ (College van toezicht op de zorgverzekeringen), een zelfstandig bestuursorgaan met rechts-persoonlijkheid.

Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ door de uitvoerende organisaties⁵⁴. Het CTZ voert individuele rechtmatigheids- en doelmatigheidsonderzoeken uit bij de afzonderlijke uitvoeringsorganen, de zorgverzekeraars. De resultaten hiervan kunnen leiden tot aanwijzingen, verscherpt toezicht, bestuursdwang of, in geval van wanbeheer, het aanstellen van een bewindsvoerder. Daarnaast voert het CTZ generaalonderzoeken uit, waardoor vastgesteld kan worden of de uitvoering volgens de doelstellingen functioneert. Via jaarlijks onderzoek naar specifieke thema's⁵⁵ worden tot slot specifieke doelen nagestreefd (thematisch onderzoek).

Vanaf 1 januari 2006 gaan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het CTZ op in de nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa zal de publieke belangen, de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg blijven bewaken, samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (kwaliteit van de zorg) en de NMa (fusies, kartelverbod en het verbod op misbruik van de machtspositie van ondernemingen). De NZa zal toezien dat de zorgverzekeraars de nieuwe Zorgverzekeringswet en de AWBZ goed uitvoeren en dat het invoeren van meer marktprikkels goed verloopt. Daarnaast zal de NZa opkomen voor de belangen van patiënten en verzekerden. De opmaat voor het toegenomen belang van het klantperspectief wordt in 2004 gelegd: het CTZ tekent dan een samenwerkingsovereenkomst met de Inspectie, met de Consumentenbond en met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). De prestatie-indicatoren waarover de ziekenfondsen verantwoording moeten afleggen in het uitvoeringsverslag, gaan vanaf 2004 over meer zaken dan alleen wettelijke eisen, zie paragraaf 3.3.

De NZa moet informatie gaan uitwisselen met andere toezichthouders: de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Autoriteit Financiële markten (AMF) en de Nederlandse Bank (DNB). 'Op die manier kan iedereen zijn taak goed uitvoeren en lopen de verschillende instanties elkaar niet in de weg. Daarnaast leggen ze in een protocol vast hoe ze met elkaar gaan samenwerken' (www.vws.nl).

Verantwoording

De genoemde toezichthouders hebben grote invloed op het functioneren van de zorgverzekeraars. Tot 1999 worden gedetailleerde eisen gesteld aan de inrichting van de bedrijfsprocessen en aan de uit te voeren controles binnen deze bedrijfsprocessen. Sinds de modernisering van het toezicht wordt niet meer voorgeschreven hoe zorgverzekeraars moeten werken, maar worden gedetailleerde eisen gesteld aan de uitkomsten van deze processen en controles. De zorgverzekeraar moet hierover op een voorgeschreven en transparante wijze verantwoording afleggen, zoals tabel 3.6 laat zien.

⁵⁴ Uit: verantwoordelijkheden CTZ 2001-2004: positie en accenten, College van Toezicht op de Zorgverzekeringen.

⁵⁵ Voorbeelden van dergelijke onderzoeken zijn: Verzekerdenadministratie van ziekenfondsen, CTZ, december 2001; Verzekerdenadministratie, CTZ, maart 2005; Beleggingen en solvabiliteit, CTZ, december 2003; Geldstromen en betalingsorganisatie, CTZ, april 2005.

Externe verantwoording door zorgverzekeraars, anno 2004				
Wet / Onderwerp	Toezicht-houder	Verantwoordings-document	Verantwoording over	Protocol
AWBZ	CVZ/CTZ	Financieel verslag zorgkantoor ⁵⁶	Balans/WV/toelichting Rechtmatigheids-verantwoording	Handleiding
	CVZ/CTZ	Uitvoeringsverslag zorgkantoor	Beleid/uitvoering en Resultaten	Handleiding
ZFW	CVZ/CTZ	Financieel verslag ZFW ⁵⁷	Balans/WV/toelichting Rechtmatigheids-verantwoording	Protocol rechtmatigheids-onderzoek
	CVZ/CTZ	Uitvoeringsverslag ZFW	Beleid/uitvoering en resultaten	Handleiding
WTZ Wet mooz	SUO	Verantwoordings-protocol	Opgave instroom verzekerden Totaal uitgekeerde schade Totaal aantal verzekerden Omslagbijdrage WTZ en MOOZ Premietoelage Controlemaatregelen	Verantwoordings-protocol Ziektekosten-verzekeraars
AWBZ/ZFW	SVB	Persoonsgebonden en instellingsgebonden subsidies	Subsidies	Subsidie regeling
Particuliere verzekering	DNB (PVK)	Verzekeringsstaten	Financiële cijfers	
Particuliere verzekering en ziekenfonds	Maatschappij & Leden	Jaarverslag inclusief jaarrekening	Beleid/uitvoering Financiële en overige resultaten	Jaarverslag-geving verzekeraars
Publiek-rechtelijke regelingen voor ambtenaren	Minister van Binnen-landse Zaken	Jaarverslag inclusief jaarrekening	Beleid/uitvoering Financiële en overige resultaten	
ZRA	COA	Jaarrapport en verslag	Financiële verantwoording	
Tarieven	CTG			
RVVZ-gelden	Stichting RVVZ	Verantwoording besteding Reserve Voormalige Vrijwillige Verzekering	Besteding RVVZ-gelden	

Tabel 3.6: Periodieke externe verantwoording door zorgverzekeraars, anno 2004

⁵⁶ Financieel Verslag (inclusief rechtmatigheidsverantwoording) en Uitvoeringsverslag Zorgkantoor / AWBZ vanaf verslagjaar 2003;

⁵⁷ inclusief een accountantsverklaring over het Financieel Verslag en over de rechtmatigheid van de verantwoorde schaden ZFW, bedrijfsopbrengsten ZFW en beheerskosten ZFW; inclusief een accountantsrapport over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financieel beheer en een foutentabel; Verslagstaten ZFW met budgetteringsinformatie; Subsidieregelingen; Opgave Hoge Kostenverevening (verevening van hoge schadelast). Vanaf 2005 is een en ander gebundeld in het Maatschappelijk Verslag Zfw.

In 1999 worden drie pilots opgezet voor de nieuwe wijze van verantwoording door ziekenfondsen: het uitvoeringsverslag, het financiële verslag en het rechtmatigheidsonderzoek. In de jaren daarna worden prestatie-indicatoren ontwikkeld om het presteren van de ziekenfondsen te kunnen beoordelen en vanaf 2005 worden het Financieel verslag, het Uitvoeringsverslag en de jaarstaat Ziekenfondswet geïntegreerd in het informatiemodel Maatschappelijk verslag Ziekenfondsen. Men streeft er naar op deze wijze de administratieve lastendruk te verminderen en de verantwoording van ziekenfondsen geschikt te maken 'voor het brede maatschappelijke verkeer, in het bijzonder de verzekerden'⁵⁸.

Concreet betekent het toezicht voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar dat men bij de inrichting van de bedrijfsprocessen rekening moet houden met de eisen die de verschillende toezichthouders stellen, zie tabel 3.7.

De belangrijkste toezichthouders voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar		
Verkoopfunctie	Zorginkoopfunctie	Administratiefunctie
-	CZT (rechtmatigheid en doelmatigheid) (overeenkomstenstelsel)	CTZ (rechtmatigheid en doelmatigheid)
Nma (kartelvorming richting verzekerden)	Nma (kartelvorming richting zorgaanbieders)	-
-	-	DNB (PVK) (solvabiliteit en uitbestedingen)
-	-	SVB (subsidieregelingen)
SUO (slechte risico's)	-	SUO (rechtmatigheid en doelmatigheid)

Tabel 3.7: De belangrijkste toezichthouders voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar

De relatie met de klant

De klant wordt in de onderzoeksperiode alleen maar sterker, zowel autonoom als geholpen door de wet- en regelgeving en zowel ten opzichte van de zorgaanbieder als ten opzichte van de zorgverzekeraar. Staatssecretaris Dees (1997, p.41) memoreert dat de patiënt in de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks (1974) vooral het lijdend voorwerp was of eigenlijk in het geheel niet voorkwam. Dat is in 2005 wel anders. De beschreven politieke omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking en vraagsturing is een belangrijke oorzaak van deze sterkere positie. Hierover is in het voorgaande genoeg gezegd.

Toegenomen mondigheid van de klant

'De klant in 2005 is een andere, dan de klant in 1986', stelt een geïnterviewde. Voor deze toegenomen mondigheid zijn diverse verklaringen te geven. De individualisering van de maatschappij, een hoger algemeen opleidingsniveau, de toegenomen welvaart en de

⁵⁸ CTZ en CVZ: Nieuwsbulletin Verantwoording en verslaggeving 05/1, april 2005

beschikbaarheid van veel meer informatie⁵⁹ versterken het bewustzijn en de mondigheid van de verzekerde en de patiënt. In 2005 stimuleert de overheid de burger om bewust een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar te kiezen. Transparantie is daarbij het toverwoord. Zowel de dienstverlening van zorgaanbieders als van zorgverzekeraars moet meer inzichtelijk gemaakt worden. De technologische ontwikkelingen in de onderzoeksperiode hebben daarbij gezorgd voor een 'versnelling' in de maatschappij. Dit maakt dat klanten in 2005 hogere eisen stellen aan de snelheid van handelen, de kwaliteit van dienstverlening, de transparantie van en bejegening door een zorgverzekeraar. Paragraaf 3.3.2 gaat in op de eisen van klanten aan de dienstverlening van zorgverzekeraars.

Collectivisering

De ziekenfondsverzekerde is voor de zorgverzekeraar getransformeerd van een verplichte verzekerde naar een klant met keuzevrijheid van zorgverzekeraar. De ziekenfondsverzekerde is dus veel sterker komen te staan. De particuliere verzekerde kon altijd al een eigen verzekeraar kiezen, hoewel de verzekeraar verzekerden voor aanvullende verzekeringen kon afwijzen of ontmoedigen met hoge premies (risico-selectie). Toch is ook de positie van de particuliere verzekerde versterkt door de toegenomen collectivisering die sinds het midden van de jaren negentig zichtbaar is. Deze collectivisering kan worden bestempeld als een schaalvergroting aan de kant van de verzekerden: de individuele (particuliere) verzekerde sluit zich aan bij een collectiviteit. In dat geval besluit niet de individuele verzekerde, maar de werkgever bij welke zorgverzekeraar een contract wordt afgesloten. Werkgevers bedingen collectiviteitskortingen en stellen andere en hogere eisen aan de dienstverlening van zorgverzekeraars. Om een offerte uit te *mogen* brengen, moeten zorgverzekeraars soms uitgebreide informatie verschaffen over hun producten, prijzen en kwaliteit van dienstverlening. Ook hier is de positie van de klant dus versterkt.

Bij de voorbereiding naar de nieuwe zorgverzekering wordt duidelijk dat deze collectivisering sterk doorzet. Er ontstaat in 2006 een nieuw soort collectiviteit, de horizontale collectiviteit, waarbij niet langer de werkgever de spil is, maar een belangenvereniging. Zo kunnen mensen vanaf 2006 niet alleen uit meerdere zorgverzekeraars kiezen, maar vaak ook uit meerdere collectiviteiten. Hoe groter de collectiviteit, hoe sterker de onderhandelingsmacht richting de zorgverzekeraar. Deze kan immers in één klap meerdere verzekerden binnenhalen of kwijtraken. De druk op de prijs én op de kwaliteit van dienstverlening én op de kwaliteit van zorg zal verder toenemen.

Nieuwe collectiviteiten vanaf 2006

De ouderenbonden maken met verschillende zorgverzekeraars kortingsafspraken voor haar leden.
Patiëntenverenigingen realiseren maatwerkpolissen voor de eigen patiëntengroep (diabetes, reuma, astma, chronisch zieken en gehandicapten).
De vakbonden sluiten collectieve contracten met zorgverzekeraars voor hun leden.
Koepelorganisaties voor onderwijsinstellingen zijn actief om hun leden korting te geven via collectiviteitsafspraken.
Religieuze stromingen sluiten collectiviteitscontracten bij verschillende verzekeraars (ProLife, de Boeddhistische Unie Nederland, de Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB))
Gemeenten sluiten collectiviteitscontracten voor uitkeringsgerechtigden.
Sportorganisaties sluiten collectiviteitscontracten voor hun leden

⁵⁹ Denk aan de invloed van medische - en consumentenprogramma's op de televisie (Medische missers, de ziekenhuisseries en bevallingsverhalen, consumentenprogramma's zoals Breekijzer, Ook dat nog en Radar), het ontstaan van medische call-centra en de groei van het aantal vergelijkingssites op Internet.

De invloed van een sterke patiënt

Ook richting zorgaanbieders is de positie van de patiënt sinds de tweede helft van de jaren '90 versterkt. Wetgeving maakt het de patiënt mogelijk om veel beter voor zijn rechten op te komen. Zo dienen zorginstellingen volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) verantwoorde zorg te leveren. De Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1995) regelt het informatierecht van de patiënt en de informatieplicht van de arts. De patiënt moet toestemming verlenen voor verzorging en behandeling en het recht op privacy is vastgelegd. De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (1996) verplicht instellingen om een cliëntenraad op te richten. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (1995) schrijft een laagdrempelige klachtenvoorziening voor. Het persoonsgebonden budget (PGB), geïntroduceerd in 1995, geeft de zorgvragende consument bovendien de mogelijkheid om zelfstandig zorg in te kopen en zich op die manier onafhankelijker op te stellen van het traditionele zorgaanbod.

De sterke patiënt vertaalt zich richting zorgverzekeraar als de sterke zorgvragende of zelfs zorg *opeisende* verzekerde. Dit stelt hogere eisen aan duidelijke, niet verkeerd te begrijpen polisvoorwaarden, aan de zorginkoop, aan 'nieuwe' dienstverlening zoals wachtlijstbemiddeling, aan een consequente toepassing van het coulancebeleid, enzovoort.

Deze sterkere positie van de patiënt moet nog wel worden genuanceerd. In de dagelijkse praktijk is de Nederlandse burger nog lang niet het middelpunt van de gezondheidszorg. Vraagsturing is in 2005 nog niet algemeen gangbaar. De patiënt is individueel te weinig machtig om een centrale plaats op te eisen en erg kwetsbaar als het zijn eigen gezondheid betreft. In groepsverband is de patiënt nog te weinig krachtig georganiseerd. Patiëntenverenigingen werken met krappe budgetten en zijn vaak afhankelijk van de inzet van vrijwilligers. Maar deze organisaties, de media en organisaties als de Consumentenbond en de vakbonden laten de stem van de publieke opinie en de patiënt wel steeds duidelijker horen. De emancipatie van de patiënt en van de verzekerde wordt hierdoor positief beïnvloed.

De relatie met de zorgaanbieders

De relatie ziekenfonds/zorgverzekeraar-zorgaanbieder is er altijd één geweest van wederzijdse afhankelijkheid. In het begin van de onderzoeksperiode, in 1987, wordt deze relatie sterk ingekleurd door de overheid en toezichthouders. De overheid bepaalt via wetgeving het volume en de prijs van de zorg. Door deze vergaande regulering is de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder in de jaren tachtig van de twintigste eeuw vooral een administratieve, financiële relatie. Ziekenfondsen zijn in die tijd verplicht om een overeenkomst af te sluiten met alle zorgaanbieders in het eigen werkgebied: de overeenkomst verschaft de wettelijke basis voor het naturastelsel. Particuliere ziektekostenverzekeraars kennen geen overeenkomst met zorgaanbieders: zij hebben immers een restitutiestelsel⁶⁰.

Aan het eind van de onderzoeksperiode, in 2005 is de zorgverzekeraar nog steeds de betalende partij. De machtsbalans is in de afgelopen twintig jaar echter gewijzigd ten gunste van de zorgverzekeraars. De bevoegdheden van zorgverzekeraars zijn verruimd. De afschaffing van de contracteerplicht in 1992 voor vrije beroepsbeoefenaren versterkt de positie van de zorgverzekeraar. Ook de verruiming van de reikwijdte van de individuele overeenkomst brengt meer evenwicht in de relatie. De nota Vraag aan bod (2001, p.61) spreekt over de mogelijkheid tot het aangaan van preferred provider arrangementen, waarmee beoogd wordt dat de verzekerde een lagere nominale premie betaalt als hij uitsluitend gebruik maakt van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar specifieke afspraken heeft gemaakt. De financiële verantwoordelijkheid en belangen van zorgverzekeraars zijn daarbij sterk toegenomen.

⁶⁰ In de praktijk ziet ook de particuliere verzekerde nauwelijks nog een nota, als gevolg van de vergaande digitalisering van het administratieve en financiële verkeer tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Evenwichtiger, zakelijker en spanningsvol

In de onderzoeksperiode is de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders evenwichtiger en zakelijker geworden. De wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om er voor te zorgen dat de aanspraken kunnen worden gerealiseerd verhoudt zich niet met de nog bestaande schaarste van het zorgaanbod in enkele sectoren. Er blijft dus een gezamenlijk belang bestaan om de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zodanig te waarborgen dat verzekerden en patiënten tevreden zijn en blijven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken dan ook veelvuldig samen aan het oplossen van knelpunten en aan zorgvernieuwing.

Tegelijkertijd veroorzaken de nieuwe verhoudingen regelmatig spanningen. De toegenomen financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, in combinatie met sterk stijgende zorgkosten⁶¹ en de toegenomen onderlinge concurrentie, ook op de prijs, maakt het noodzakelijk dat zorgverzekeraars de zorgkosten beheersen. Het alternatief zou zijn dat de verzekeringspremies tot onaanvaardbare hoogten stijgen en/of dat individuele zorgverzekeraars zich uit de markt prijzen. Zorgkostenbeheersing is echter niet in het directe belang van de zorgaanbieders. Het beperkt de volumestijging, belemmert de vernieuwingsdrang of beïnvloedt het inkomen. Vandaar dat er met enige regelmaat spanningen optreden in deze relatie. In de media klagen zorgaanbieders over de toegenomen macht van zorgverzekeraars en over de administratieve rompslomp die de nieuwe financierings- en contractermogelijkheden met zich meebrengen. Ook de toenemende eisen ten aanzien van de transparantie zet zorgaanbieders onder druk.

Krantenkoppen over zorgaanbieders en zorgverzekeraars

‘Apotheker wacht een bittere pil. Europa probeert de stijgende kosten van geneesmiddelen binnen de perken te houden. In Nederland wil minister De Geus de apothekers hard aanpakken. Ze declareren veel te hoge prijzen voor generieke geneesmiddelen. De weerstand is groot.’ (NRC, 29 en 30 maart 2003)

In 2005 geeft de NMa informeel groen licht aan CZ, VGZ, Agis, Menzis en Univé om gezamenlijk een preferentiebeleid te voeren ten aanzien van simvastatine, pravastatine en omeprazol. Als motivatie van deze beslissing wordt aangevoerd dat een enkele zorgverzekeraar te weinig marktmacht en te weinig perspectief op een gegarandeerde omzet kan bieden om de gewenste prijsconcurrentie bij apothekers af te dwingen. Dit gezamenlijke optreden beïnvloedt de concurrentie tussen de zorgverzekeraars niet, omdat niet alle zorgverzekeraars meedoen en omdat het een beperkt aantal geneesmiddelen betreft, zo stelt de NMa. Een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening is bovendien in het voordeel van de verzekerden.

‘Zakenmannen leggen zweep over de zorg. Topbestuurders van multinationals brengen financiële discipline bij ziekenhuizen. De zorg wordt zakelijker. Topmanagers uit het bedrijfsleven rukken op als toezichthouder op ziekenhuizen. Goed voor de kwaliteit van de zorg? Of slaat het evenwicht door naar overmatige marktorientatie?’ (NRC, 3 en 4 september 2005)

‘Geen dure pil, prompt hartaanval. Patiënten dupe van steekspel tussen cardiologen en verzekeraars’ (NRC, 17 september 2005)

‘Roep zorgverzekeraars eindelijk een halt toe. Om de bureaucratie in de zorg terug te dringen, moeten plastisch chirurgen voorwaarden stellen aan de acceptatie van machtigingen van de zorgverzekeraar.’ (een plastisch chirurg in NRC, 2 november 2005)

⁶¹ Tussen 1998 en 2004 groeien de uitgaven voor zorg met 60%. De sector is ook een banenmotor. Van ziekenhuizen tot thuiszorg neemt het aantal werknemers tussen 1995 en 2004 tussen de 24 en 66% toe (CBS, Gezondheid en zorg in cijfers, 2005).

De huisartsen komen in 2005 in opstand tegen de in hun ogen te grote macht van zorgverzekeraars in het nieuwe verzekeringsstelsel. De inperking van de vrije artskeuze, de inzage van zorgverzekeraars in patiëntgegevens en een mogelijke inkomensderving zijn de inzet van het conflict. De korte staking levert de zorgverzekeraars geld op.

‘Ziekenhuis en huisarts krijgen rapportcijfers, prestatiemetingen moeten openheid brengen in de zorg.’ (NRC 11 november 2005)

‘Lang leve de gespecificeerde rekening: zicht op de kosten van de infrastructuur bij ziekenhuisbehandelingen is iets moois. Het soort rekeningen dat patiënten krijgen niet.’ (artikel over de DBC's in NRC, 8 en 9 oktober 2005)

De toegenomen concurrentie leidt in de onderzoeksperiode zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgaanbieders tot schaalvergroting, zoals de volgende hoofdstukken laten zien. (De schaalvergroting aan de zorgaanbiederskant wordt hier niet verder toegelicht). Het management professionaliseert en de onderhandelingsrelatie wordt evenwichtiger en zakelijker.

Samenvatting

Concluderend kan gezegd worden dat de omgeving van zorgverzekeraars in de periode 1987 tot 2006 sterk gewijzigd is. Er is een nieuw krachtenveld ontstaan, zie tabel 3.8. Van der Grinten (1997) noemt de Nederlandse gezondheidszorg een pluricentrisch beleidsterrein, met meerdere actoren die elkaar allemaal nodig hebben. Na het voorgaande hoeft dit geen toelichting meer. ‘Een belangrijk kenmerk van het bestel van de Nederlandse gezondheidszorg is het ontbreken van een gelegitimeerd en materieel voldoende uitgerust machtscentrum om eenzijdig in te kunnen grijpen in de organisatie van de gezondheidszorg’ (Van der Grinten, 1997, p.164). Deze stelling gaat ook in 2005 nog onverminderd op.

De belangrijkste ontwikkelingen bij de actoren in de periode 1987 tot 2006	
Overheid	Introduceert gereguleerde marktwerking en vraagsturing. Legt verantwoordelijkheden en bevoegdheden terug in het veld. Versterkt de rol van zorgverzekeraars. Stimuleert het bewustzijn van Nederlanders ten aanzien van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, lifestyle en preventie. Realiseert een nieuw zorgstelsel op 1 januari 2006.
Toezicht	Ontwikkelt zich onder invloed van wetgeving en maatschappelijke tendensen: <ul style="list-style-type: none">- Beleid en toezicht worden gescheiden (CVZ en CTZ).- Wijze van verantwoording afleggen: ontwikkeling van prestatie-indicatoren op basis waarvan zorgverzekeraars zelf verantwoording afleggen via een uitvoeringsverslag.- Het maatschappelijk verslag wordt vanaf 2005 onder voorzitterschap van ZN verder ontwikkeld (Informatiemodel 2006).

De belangrijkste ontwikkelingen bij de actoren in de periode 1987 tot 2006	
Ziekenfondsen	Fuseren vrijwel allemaal tot grotere organisaties. Gaan op in zorgverzekeraars (inclusief particuliere ziektekosten-verzekeraars). Ontwikkelen zich tot zakelijke en financiële (zorginkoop-) organisaties.
Zorgaanbieders	Passen veelal schaalvergroting toe. Ontwikkelen meer en meer commerciële alternatieven. Ondervinden meer concurrentie en vrijere prijsvorming. De vraag om transparantie neemt toe.
Verzekerde	Ziekenfondsverzekerde krijgt na 1992 keuzevrijheid en verandert hierdoor van een verplichte verzekerde in een klant. Het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerde en particuliere verzekerde vervaagd geleidelijk. Verzekerden emanciperen sterk. Verzekerden sluiten zich steeds meer aan bij collectiviteiten.
Zwaartepunt ligt bij	Centrale overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden als meer gelijkwaardige partijen.

Tabel 3.8: De belangrijkste ontwikkelingen bij de actoren in de periode 1987 tot 2006

3.2.3. De invloed van Europa

Tot slot belicht deze paragraaf kort de invloed van de internationale omgeving waarin zorgverzekeraars functioneren. Europa en meer algemeen de globalisering hebben invloed op de zorgverzekeraars, maar deze invloed is eind 2005 nog beperkt. Enkele concrete voorbeelden van deze invloed zijn de volgende.

- Zorgverzekeraars zoeken aansluiting met of functioneren binnen internationale conglomeraten (Achmea, Interpolis).
- Zorgverzekeraars contracteren sinds 2000 meer en meer zorgaanbieders van over de grens, vooral in Duitsland en België, om onaanvaardbaar lange wachtlijsten in de (ziekenhuis-)zorg op te lossen.
- De Europese regels voor mededinging maken het noodzakelijk dat, waar van toepassing, aanbestedingsprocedures worden gevolgd waarbij op rationele criteria de selectie van contractpartijen plaatsvindt.
- De verschillende boekhoudschandalen in 2002 en 2003 (Enron, Ahold, Adecco, Parmalat) en de voorbeelden van persoonlijke zelfverrijking door topmanagers hebben gevolgen voor het functioneren van bedrijven (de scheiding van accountantstaken en consultantstaken) en bestuurders (de Gedragscode van de Commissie Tabaksblatt met het motto 'comply or explain').

- Verschillende arresten⁶² stellen dat het vrije verkeer van goederen en personen het juridisch mogelijk maakt (ondanks Nederlandse regelgeving) dat verzekerden zonder toestemming vooraf extramurale zorg in het buitenland kunnen genieten. Het vrije verkeer van goederen en diensten prevaleert volgens deze arresten soms boven de regels van de nationale gezondheidszorgsystemen.
- Andere ontwikkelingen zijn: de oprichting van een Europees fraudenetwerk in 2005 en de introductie vanaf 1 januari 2006 van de European Health Insurance Card, een zorg-creditcard.

3.2.4. De omgeving van zorgverzekeraars getypeerd

Hiervoor is de omgeving van een zorgverzekeraar beschreven zonder daar een waardeoordeel aan te verbinden. Het wordt tijd om dat nu voor het eerst te doen.

Hiervoor is beschreven dat Mintzberg (1997) een waardering aan de omgeving van een organisatie toekent door deze te typeren op vier dimensies: de stabiliteit, de complexiteit, de diversiteit van de markten en de vijandigheid van de omgeving, zie tabel 2.4. Om de omgeving van zorgverzekeraars te kunnen typeren, zijn de verschillende omgevingssectoren van belang die in figuur 3.2 zijn geschetst. In deze figuur zijn de in dit onderzoek betrokken functies van een zorgverzekeraar centraal gezet: de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie, de administratiefunctie en de functie 'informatie geven'. Elk van deze functies heeft een eigen omgevingssector, met eigen klanten en met andere belangrijke actoren. De omgeving van een zorgverzekeraar wordt dus voor vier verschillende functies apart gewaardeerd.

Het objectief vaststellen van een score per omgevingssector op de genoemde vier dimensies is moeilijk. In deze paragraaf wordt de typering die in tabel 3.10 is weergegeven gemotiveerd. Deze typering leidt in paragraaf 3.4 tot uitspraken over hoe zorgverzekeraars zouden kunnen reageren op de beschreven omgeving, gebaseerd op de hypothesen van Mintzberg (tabel 2.7) en op basis van inzichten van de onderzoekster.

De omgeving van de verkoopfunctie: de verzekeraarsmarkt

De omgevingssector voor de verkoopfunctie kan in de onderzoeksperiode als volgt worden beschreven.

- Ziekenfondsen kennen vóór 1992 nauwelijks een verkoopfunctie. De verplichte ziekenfondsverzekerden worden in- en uitgeschreven als zij geboren worden, verhuizen of overlijden. Vanaf 1992 wordt voor ziekenfondsen het werkgebied vergroot van regionaal naar landelijk en wordt de comfortabele monopoliepositie van ziekenfondsen vervangen door concurrentie. Andere ziekenfondsen worden tot 1992 collega's genoemd, daarna concullega's en vervolgens gewoon concurrenten⁶³.

⁶² Decker-Kohl arrest (1998): het ziekenfonds moet zijn verzekerden de kosten voor (niet-spoedeisende) extramurale hulp in een ander EU-land vergoeden, ook al heeft het ziekenfonds geen toestemming vooraf voor de behandeling gegeven. Geraets-Smits en Peerbooms arrest (2001): Het Europese Hof stelt dat de toestemmingsvereiste (om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in of buiten Nederland) gerechtvaardigd is bij intramurale zorgverlening, met uitzondering van acute noodzaak. Arrest Müller-Fauré en Van Riet (2003): vergoeding van extramurale zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in een andere lidstaat mag niet meer afhankelijk worden gesteld van voorafgaande toestemming van het ziekenfonds. De overige voorwaarden die krachtens de ZFW en de AWBZ gelden voor de aanspraak van de verzekerde, blijven onverkort van toepassing. Voor intramurale zorg blijft het toestemmingsvereiste onverkort van toepassing.

⁶³ 'In 2003 wordt op bijeenkomsten bij ZN voor het eerst de kaken op elkaar gehouden over de te voeren nominale premie 2004' (Citaat van een VGZ-geïnterviewde). 'Als ik kijk naar hoe de nominale premie het afgelopen jaar is vastgesteld, dat was concurrentie in optima forma. De concurrentie neemt juist toe'. (Citaat van de bestuursvoorzitter van Agis, ZN-journaal 2003 nr.18 p.4).

- Voor de particuliere ziektekostenverzekeraar is de omgeving van de verkoopfunctie in de onderzoeksperiode niet wezenlijk veranderd: er was en er is concurrentie.
- De publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen hebben tot 2006 een monopoliepositie.

Met uitzondering van de publiekrechtelijke verzekerden kunnen verzekerden dus vanaf 1992 vrijelijk van zorgverzekeraar veranderen en collectiviteiten kunnen contracten opzeggen. Een goede klantsegmentatie en klantbenadering, een stabiel premiebeleid en een uitstekende service zijn belangrijker geworden voor de effectiviteit van de verkoopfunctie. In deze zin is deze omgevingssector meer dynamisch en vijandig⁶⁴ geworden. De concurrentie vlak voor de invoering van de nieuwe zorgverzekering kan zelfs (tijdelijk) als zeer vijandig worden beschreven.

De markt is in 2005 ook meer gediversifieerd dan in 1986. In 2005 is een doordachte klantsegmentatie met een bijbehorend verkoopbeleid bij de meeste zorgverzekeraars 'common practise' geworden.

Is er nu, aan het eind van de onderzoeksperiode in 2005 sprake van een echte, volkomen verzekeringsmarkt, volgens de definitie van het begrip 'markt'? Enige relativisering is hier weer op zijn plaats. Elke verzekerde heeft in 2005 keuzevrijheid ten aanzien van zijn zorgverzekeraar en er komt steeds meer informatie beschikbaar om ook verantwoord te kunnen kiezen. Deze keuzevrijheid wordt echter ingeperkt in tijd (twee maanden rond de jaarwisseling) en in praktische zin door de premie. De bandbreedte in de nominale premies van de verschillende zorgverzekeraars is in de onderzoeksperiode weliswaar toegenomen, maar deze is nog steeds onvoldoende groot om mensen te bewegen om en masse van verzekeraar te wisselen. Onderzoek⁶⁵ toont aan dat een zorgverzekering nog altijd een low-interest product is, dat zorgverzekeraars zich ook niet zodanig onderscheiden op de kwaliteit van dienstverlening dat dit een motivatie zou kunnen zijn om te wisselen en dat het onderscheidende vermogen op de zorginkoop onvoldoende zichtbaar is voor de verzekerden. Ook de financieringswijze van zorgverzekeraars, met vangnetten voor te grote financiële risico's (nacalculatie en verevening), maken dat niet echt sprake is van een markt. In een markt kunnen ondernemingen failliet gaan, in de zorgverzekeringsmarkt is dit absoluut niet gewenst. De toetredingsdrempels voor nieuwe zorgverzekeraars zijn zeer hoog; denk aan de hoge solvabiliteits-eisen, de noodzakelijke investeringen in ICT, kennis van de verzekeringswetten en de noodzakelijke politieke aanhechting. De winstmarges op zorgverzekeringen zijn daarbij marginaal, wat ertoe bijdraagt dat aanbieders van zorgverzekeringen zich eerder terugtrekken dan dat er zorgverzekeraars bij komen.

De omgeving van de zorginkoopfunctie: de zorginkoopmarkt

De zorginkoopfunctie van een zorgverzekeraar is vooral qua aard sterk veranderd. Vroeger en nu werden en worden overeenkomsten afgesloten met zorgaanbieders. De inhoud van de overeenkomst en het proces dat leidt tot een overeenkomst is veranderd van een centraal gereguleerde en overwegend administratieve relatie naar (relatief) een onderhandelingsrelatie. De schaalvergroting bij de zorgaanbieders en de professionalisering van het management van zorginstellingen maakt dat er een sterkere gesprekspartner aan tafel zit. De toegenomen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten aanzien van de prijs, de kwaliteit en het volume van de zorg, maakt bovendien de inhoud van de gesprekken en de overeenkomsten anders (denk aan de ontwikkeling van een kwaliteitsparagraaf, aanbestedingsprocedures voor kunst- en hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer, pogingen van zorgverzekeraars om bonussen van apothekers af te romen door preferente geneesmiddelen voor te schrijven en drogisterijen als distributiekanaal in te zetten). De vergroting van het werkgebied van de

⁶⁴ Een voorbeeld van deze vijandigheid is het feit dat zorgverzekeraars in juni 2005 in opstand komen tegen het hanteren van de negatieve optie voor IZA-verzekerden. In september 2005 dreigen vier kleinere zorgverzekeraars met een geding tegen VGZ-IZA om de IZA-verzekerden.

⁶⁵ Schut, F.T. (2001), Gress, S. e.a. (2002).

ziekenfondsen heeft bovendien geleid tot het fenomeen ‘verre verzekerde’ en stelt de zorginkoopfunctie voor de noodzaak om met *alle* (circa 32.000) zorgaanbieders in Nederland een overeenkomst af te sluiten om de rechtmatigheid van de zorgkosten te waarborgen. Voor 1992 werden alleen de zorgaanbieders in de regio gecontracteerd. De schaarste in de zorg en de genoemde arresten maken tot slot ook de buitenlandse zorgaanbieder in beperkte mate een gespreks- en contractpartner. In die zin is de omgeving van de zorginkoop meer dynamisch en complex geworden en soms ook meer vijandig, daar waar de onderhandelingen hard gespeeld worden. Zorgaanbieders spannen met enige regelmaat rechtszaken aan tegen zorgverzekeraars.

Ook ten aanzien van deze zorginkoopmarkt is enige nuancering echter op zijn plaats. In de onderzoeksperiode kent de relatie zorgaanbieder–zorgverzekeraar nog steeds veel kaders. Het CVZ beslist of een rechtspersoon als zorgverzekeraar mag optreden of niet; bepaalt of zorgaanbieders en -instellingen voor erkenning in aanmerking komen; bepaalt het overeenkomstenstelsel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders; adviseert over de interpretatie, wijziging en flexibilisering van het ziekenfondspakket en de verzekeringsvoorwaarden; adviseert over het opnemen en uitsluiten van groepen verzekerden en over de hoogte van de inkomensgrenzen en subsidieert zorgvernieuwingprojecten. De praktijk van schaarste in de zorg op verschillende deelmarkten tempert bovendien de beoogde mogelijkheden tot het aangaan van preferred provider arrangementen, zoals een Nivel-rapport aantoont (Groenewegen, De Jong en Kerssens, 2002). In tabel 3.9 is aangegeven welke beleids- en onderhandelingsruimte in 2005 feitelijk beschikbaar is voor zorgverzekeraars. Dit maakt dat hiervoor het begrip ‘zorginkoopmarkt’ tussen aanhalingstekens in gezet. Er is slechts in delen van de zorg sprake van een echte markt.

De beleidsruimte van een zorgverzekeraar in 2005			
	1 ^e compartiment	2 ^e compartiment	3 ^e compartiment
Soort zorg	Verpleeghuiszorg Gehandicaptenzorg Geestelijke gezondheidszorg, sinds 2003 functioneel beschreven in 7 AWBZ functies	Ziekenhuiszorg Huisartsenzorg Paramedische beroepen Thuiszorg Kraamzorg Kunst- en hulpmiddelen	Aanvullende zorg (bijv. verstrekkingen die uit het ziekenfondspakket zijn geschrapt) en luxe zorg
Sturingsmodel	Tot 2003 volledige aanbodregulering: de overheid stelt het macrobudget, de AWBZ-premie, de aanspraken, de capaciteit en de prijs vast. Vanaf 2003 vraagsturing.	Vraagsturing binnen kaders van een door de overheid vastgesteld macrobudget. Ziekenfondspakket, premie en loongrens worden jaarlijks vastgesteld door overheid	Vrije markt
Volume	Aanbodregulering door de rijksoverheid Erkenningstelsel door CVZ	Aanbodregulering door de rijksoverheid Erkenningstelsel door CVZ	Geen beperkingen: vrije toetreding mogelijk door nieuwkomers

De beleidsruimte van een zorgverzekeraar in 2005			
	1 ^e compartiment	2 ^e compartiment	3 ^e compartiment
Prijs	Tarieven vastgesteld door het CTG	Tarieven goedgekeurd door het CTG. Vanaf 1 februari 2005 hebben zorgverzekeraars de ruimte om over maximaal 10% van het ziekenhuisbudget vrij te onderhandelen over de prijs: het B-segment van de DBC's. Voor het A-segment van de DBC's geldt nog een vastgesteld tarief.	Tarieven onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders
Kwaliteit	Kwaliteitswet zorginstellingen en Wet BIG van toepassing Toetsing door Inspectie	Kwaliteitswet zorginstellingen en Wet BIG van toepassing Toetsing door Inspectie Kwaliteitsparagraaf door zorgverzekeraars overeen te komen met zorgaanbieders	Kwaliteitswet zorginstellingen en Wet BIG van toepassing Toetsing door Inspectie

Tabel 3.9: De beleidsruimte van een zorgverzekeraar in 2005

De omgeving van de administratieve functie

De administratie is de 'oudste' van de onderzochte functies. Al sinds 1900 worden verzekerden ingeschreven en worden nota's van zorgaanbieders betaald. De organisatie kent daarom van oudsher een verzekerdenadministratie en een verstrekkingenadministratie, die onder verschillende benamingen in de organisatiestructuur van een zorgverzekeraar zichtbaar zijn. Wet- en regelgeving en het toezicht hierop zijn voor deze functie doorslaggevende omgevingseisen, zie paragraaf 3.3. Ook de verzekerden vinden het presteren van een zorgverzekeraar op de administratieve functie belangrijk: deze prestaties vallen het meest op en zijn tegelijk hygiënefactoren te noemen. Het goed presteren valt niet op, het slecht presteren beschadigt direct het imago van de organisatie.

Men zou kunnen stellen dat administratieve maatregelen niet direct als dynamisch of complex aangemerkt hoeven te worden. De unieke competentie van een administratief apparaat is feitelijk het effectief en efficiënt kunnen verwerken van dergelijke maatregelen. In de onderzoeksperiode is het ziekenfondspakket uitgebreid en weer ingekrompen, zijn verstrekkingen onder de AWBZ gaan vallen en is de AWBZ weer 'geschoond', zijn eigen bijdragen, eigen risico's en no-claimbedragen ingevoerd en weer afgeschaft, zijn de verantwoordings-eisen door toezichthouders veranderd, enzovoort. Dit soort maatregelen leveren tijdelijk een enorme belasting op voor een administratief apparaat, maar ook niet meer dan dat. De meest dynamische, complexe of vijandige gebeurtenissen in de omgevingssector van de administratieve functie zijn (naar de mening van de onderzoekster) de volgende geweest:

- het vergroten van het werkgebied van de ziekenfondsen, omdat de concurrentie die hierdoor is ontstaan ook hogere eisen stelt aan de administratieve dienstverlening;

- het vergroten van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, omdat hierdoor het belang van een tijdige en correcte administratie groter is geworden, bijvoorbeeld voor een effectieve zorgkostenbeheersing.

De invoering van de nieuwe zorgverzekering kan daarbij in administratief opzicht een huzarenstukje worden genoemd.

De omgeving van de informatiefunctie

De functie 'informatie geven' overlapt de drie hiervoor genoemde functies. Verzekerden bellen immers met vragen over wet- en regelgeving, polissen, zorg, declaraties, mutaties enzovoort. De omgeving van deze functie is niet veranderd: deze vragen waren in 1986 niet anders. Het feit dat deze functie in 2005 wel heel anders wordt ingericht dan in 1987, zoals hoofdstuk 4 tot en met 7 laten zien, wordt veroorzaakt door de toegenomen schaalgrootte van de zorgverzekeraars in 2005, door de technologische ontwikkelingen en door de toegenomen mondigheid en eisen van de klant. De aantallen contacten zijn sterk toegenomen en er worden veel meer kanalen ingezet voor deze contacten, zoals Internet.

Op basis van het voorgaande wordt de omgeving van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006 door de onderzoekster getypeerd als in tabel 3.10:

De omgeving van zorgverzekeraars getypeerd			
Dimensie van de omgeving	Verkoopfunctie	Zorginkoopfunctie	Administratie- en informatiefunctie
Stabiel – Dynamisch	Meer dynamisch	Meer dynamisch	Neutraal
Simpel – Complex	Neutraal	Meer complex	Neutraal
Geïntegreerd – Gediversifieerd	Meer gediversifieerd	Neutraal	Neutraal
Gunstig gestemd – Vijandig	Meer vijandig	Meer vijandig	Neutraal

Tabel 3.10: De omgeving van zorgverzekeraars getypeerd door de onderzoekster

Echter, men kan ook beredeneren dat de omgeving van zorgverzekeraars niet dynamisch, complex en vijandig *kan* zijn, omdat ontwikkelingen niet echt 'onvoorspelbaar' zijn of 'zich in hoog tempo voltrekken'. Integendeel: wijzigingen van wet- en regelgeving zijn gezien het lange voorbereidings- en besluitvormingsproces niet onvoorspelbaar te noemen. Bovendien zijn eenmaal doorgevoerde wijzigingen, met uitzondering van de administratieve wijzigingen, in de praktijk vaak pas na enkele jaren echt effectief, zoals de evaluaties van de Ziekenfondsraad in 1993 en 1995 aantoonde. De omgeving heeft kennelijk niet die macht die nodig is om de zorgverzekeraarsbranche te dwingen tot snel en effectief reageren⁶⁶. Het opheffen van de contracteerplicht is hiervan een voorbeeld: zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid tot selectieve contractering sinds 1994, maar in de praktijk is deze mogelijkheid gering gezien de schaarsteproblematiek in de zorg. Ook het opheffen van de werkgebieden geeft niet met ingang van diezelfde datum grote verschuivingen van verzekerdenaantallen te zien. Pas sinds 2003 is zichtbaar dat meer verzekerden 'overwegen van zorgverzekeraar te veranderen'. Echt van zorgverzekeraar veranderen doen in de onderzoeksperiode veel minder mensen. Zijn de in paragraaf 2.2.1 genoemde beperkingen van de contingentietheorie

⁶⁶ 'De sense of urgency ontbreekt, helaas. Het beste dat ons kan overkomen zou zijn dat in een jaar opeens 100.000 verzekerden of meer wegllopen'. (Citaat van een geïnterviewde.)

dan zo sterk op deze branche van toepassing? De volgende hoofdstukken laten zien dat zorgverzekeraars toch niet stil hebben gezeten. Men heeft wel degelijk gereageerd op de veranderende omgevingseisen.

3.3. De omgevingseisen

Deze paragraaf concretiseert de eisen die de omgeving stelt aan het functioneren van zorgverzekeraars en focust daarbij op de eisen van de toezichthouders en de eisen van verzekerden. Deze eisen geven namelijk een goed beeld van het noodzakelijke en minimale bureaucratische gehalte van een zorgverzekeraar (in de populaire betekenis) en van de klantgerichtheid van diezelfde zorgverzekeraar.

3.3.1. Eisen van de toezichthouders

Het CTZ bewaakt met zijn toezichtsactiviteiten en het handhavingsbeleid de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aspecten van toezicht zijn verwoord in wet- en regelgeving en in diverse aanvullende regelingen. Een zorgverzekeraar die niet aan deze eisen voldoet, heeft een meer of minder ernstig probleem met de toezichthouder. De oordelen van het CTZ zijn openbaar (via de website van het CTZ) maar komen weinig in de publiciteit.

De wijze van toezicht houden op ziekenfondsen is in de onderzoeksperiode sterk gewijzigd. In de onderzoeksperiode is een omslag zichtbaar van inspanningsgerichtheid naar resultaatgerichtheid en van een interne oriëntatie naar een externe oriëntatie. Met ingang van 2003 is gestart met het beoordelen van ziekenfondsen via prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn kwantificeerbare, meetbare maatstaven die iets zeggen over de mate waarin een ziekenfonds erin slaagt uitvoering te geven aan de Ziekenfondswet. De prestatiemeting richt zich op de throughput, output en outcome van een ziekenfonds. Met ingang van 2004 is het aantal prestatie-indicatoren voor de onderdelen Verzekerden, Zorg en Bedrijfsvoering en financiën meer in balans gebracht en onderling van een weging voorzien. Hierdoor is het mogelijk een totaaloordeel uit te spreken voor een ziekenfonds: onvoldoende, matig, voldoende, ruim voldoende of goed. Maximaal kunnen in 2004 50 punten worden behaald. Met ingang van 2005 is de verantwoording via het uitvoeringsverslag, het financieel verslag en de jaarstaten geïntegreerd tot één verantwoordingsdocument: het informatiemodel Maatschappelijk Verslag Ziekenfondsen. Het is de bedoeling om via dit verantwoordingsdocument meerdere stakeholders te bedienen, waaronder ook het publiek via het Publieksverslag. In het kader van de administratieve lastenverlichting wil het Ministerie van VWS 'informatie bij zorgverzekeraars zoveel als mogelijk geïntegreerd uitvragen'. Een gevolg hiervan is wel dat de 'informatie-uitvraag ruimer is dan het CTZ en het CVZ nodig hebben voor de uitvoering van hun wettelijke taak'. In andere woorden: er komen nu ook prestatie-indicatoren bij die expliciet het verzekerdenbelang verwoorden, zoals de telefonische bereikbaarheid.

'Per 1 januari 2004 wil het CTZ een systeem van prestatiebeoordeling invoeren. Daarbij zal het CTZ niet alleen kijken naar de procesmatige, bedrijfsmatige aspecten van de uitvoering van de ziekenfondswet, maar ook naar de vraag hoe de verzekerde bediend wordt. Het huidige systeem van controle op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van wettelijke taken wordt gekanteld naar een systeem van prestatiebeoordeling van de afzonderlijke ziekenfondsen' (ZN Journaal 2003, nummer 45).

In bijlage 5 zijn eisen opgesomd waarover zorgverzekeraars zich moeten verantwoorden. Hierbij is gebruik gemaakt van de meer recente publicaties:

- Toelichting op de prestatie-indicatoren ZFW 2004
- Algemeen rapport uitvoering Ziekenfondswet 2004
- Protocol Rechtmatigheidsonderzoek Ziekenfondswet 2005

Hiermee wordt duidelijk wat de 'minimaal noodzakelijke bureaucratie van een zorgverzekeraar' inhoudt. Bijlage 5 betreft het toezicht op de ziekenfondsen, omdat de nadruk in dit onderzoek ligt op de ziekenfondsen.

3.3.2. Eisen van de klanten

Verzekerde en patiënt

Van alle soorten verzekeringen is de zorgverzekering het meest contactintensief, zie tabel 3.11. De relatie tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar is op de verschillende contactmomenten heel verschillend van aard. Op het moment van het afsluiten of het beëindigen van een zorgverzekering is hij een calculerende klant die de hoogste of meest op zijn behoeften toegesneden dekking tegen een zo laag mogelijke prijs wil. Op dat moment legt de verzekerde (nog) geen link naar wat de zorgverzekeraar doet op het gebied van zorginkoop. Op het moment van zorg consumeren, het invoeren van wachtlijstbemiddeling, het aanvragen van een machtiging of het indienen van declaraties is de verzekerde vooral een patiënt. Elke uitsluiting van een verstrekking in de polisvoorwaarden is dan een belemmering of dit wordt als zodanig ervaren. 'Ziekte en geldzaken zijn een gevoelig mengsel', zegt een geïnterviewde. De relatie patiënt – zorgaanbieder is bovendien vele malen sterker dan de relatie verzekerde – zorgverzekeraar. De individuele relatie tussen een hulpverlener en een patiënt wordt als een vertrouwensrelatie bestempeld. Zorg is echt anders dan andere producten of diensten: 'Decision-making in health care is often complex, emotional and conflictual. The dependency of the client of professional judgement creates unbalanced market powers' (Schut, 1995). 'This also provides arguments for different parties, including government and health professionals to claim the role of representing consumers interests' (Okma, 1997, p.13). De zorgverzekeraar dient hiermee rekening te houden bij zijn benadering van de zorgaanbieder op het moment dat hij bezig is met het inkopen van zorg.

Contactmomenten tussen een zorgverzekeraar en de verzekerde	
Contactmoment	De klant in de hoedanigheid van
Informatie aanvragen	<p>Burger:</p> <p>Dit is de potentiële klant die een zorgverzekering wil afsluiten. De klantgerichte zorgverzekeraar probeert deze potentiële klant te overtuigen via reclamecampagnes, informatie op websites, de gekozen distributiekkanalen, et cetera.</p> <p>Collectief is de burger relevant omdat de publieke opinie over het functioneren van zorgverzekeraars neerslaat op de individuele zorgverzekeraar.</p>

Contactmomenten tussen een zorgverzekeraar en de verzekerde	
Contactmoment	De klant in de hoedanigheid van
Beslissing om de zorgverzekering af te sluiten (te muteren) of te beëindigen	Verzekerde: Dit is de calculerende klant: hij zoekt de voor hem beste verzekering tegen de laagste prijs.
Zorg consumeren	Patiënt: Deze klant is het meest relevant voor de zorgverzekeraar, omdat op dit moment aanspraak wordt gemaakt op de verzekering: de zorg moet tijdig beschikbaar zijn en van goede kwaliteit. De prijs van die zorg is voor de patiënt op dat moment niet relevant. Het moment van premie betalen loopt immers niet gelijk aan het moment van zorg consumeren. Het naturastelsel van het ziekenfonds maakt dat de ziekenfondspatiënt geen nota ziet. Ook de particuliere verzekerde krijgt steeds minder nota's te zien omdat de externe integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder snel toeneemt. Het kostenbewustzijn van de patiënt is dan ook laag.
Premie betalen	Verzekerde: In deze fase krijgt de verzekerde te maken met het premie- en incassobeleid van de zorgverzekeraar.
Informatie Aanvragen	Verzekerde en zorgvragende verzekerde: De klantgerichte zorgverzekeraar benadert zijn klanten met enige regelmaat om de tevredenheid te meten over de aangeboden producten, diensten en service. Ook de tevredenheid over de genoten zorg wordt gemeten om deze informatie te benutten bij het contracteren van zorg.
Klacht indienen	Verzekerde: Als er iets mis gegaan is in het contact tussen zorgverzekeraar en verzekerde, biedt de klantgerichte zorgverzekeraar een uitstekende klachtenprocedure aan. Overigens kan de klant ook klachten indienen over de genoten zorg.

Tabel 3.11: Contactmomenten tussen een zorgverzekeraar en de verzekerde

Door middel van een bureaustudie zijn hierna de omgevingseisen van klanten op de verschillende contactmomenten geïnventariseerd, zie tabel 3.12. Hiermee wordt inhoud gegeven aan het begrip 'klantgerichtheid van een zorgverzekeraar'. De gebruikte bronnen hierbij zijn de volgende:

Bron	Code
- Amicon Zorgverzekeraar, <i>Kwaliteitscode voor Amicon Zorgverzekeraar</i> , januari 1998	AKC
- Consumentenbond, <i>'Ziekenfondsen allemaal gelijk? Onderscheid op premies en aanvullende verzekering'</i> , artikel in de Consumentengids december 1999	CON
- Keuzegids Zorgverzekeringen, Consumentenbond, 2005	
- <i>Jaarplan Toezicht 2000</i>	CTU
- <i>Uitvoeringsverslag ziekenfondsen</i> , 2000	CvZ/CTU
- Zorgverzekeraars Nederland, <i>Gedragscode van de zorgverzekeraar</i> , december 1997	GDC
- Klanttevredenheidsonderzoek I.C.M.A. International, 2-jaarlijks uitgevoerd voor een aantal zorgverzekeraars	ICMA
- Www.Kiesbeter.nl	KB
- KlantenMonitor Zorgverzekeringen, jaarlijks onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars, Market Response	KM
- Beoordelingscriteria voor zorginkoop door zorgverzekeraars vanuit patiëntenperspectief en vanuit het perspectief van gezonde verzekerden. Eindrapportage juli 2005, NPCF in opdracht van het RIVM	NPCF
- Ombudsman Zorgverzekeringen	OBM
- OostNederland, <i>Kwaliteitsparagraaf Zorgcontracten</i> , november 1996	ON
- Klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door VGZ, CZ en OZ, 2001 en 2003, Research International	RI
- Bushoff, R., Eijkelhoff, M., Nijziel, R., <i>Business Process Redesign in de verzekeringsbranche, Resultaten onderzoek Twijnstra Gudde en Vrije Universiteit van Amsterdam</i> , Twijnstra Gudde Arnhem, 1994	TG
- Zorgverzekeraar VGZ, <i>Klachtenregistratie VGZ</i> , 1998	VGZ

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
TG	Imago van de verzekeringsmaatschappij	Zeer belangrijk (28,3%) Belangrijk (50,9%)
GDC 6/KB KM	Verzekeringspakket: inhoud van de polis Reëel, duidelijk en correct beeld van hetgeen geboden wordt in informatie en reclame	
AKC 2	Transparant verzekeringspakket: inzichtelijkheid voor verzekerden wordt periodiek getoetst let op heldere polisvoorwaarden	
TG	Assortimentsbreedte Productkeuze	Zeer belangrijk (3,8%) Belangrijk (38,1%)
RI	bepaalde keuze aan verzekeringsmogelijkheden of zeer ruime keuze, specifiek ingaan op wensen en	Belang 1 van 32 aspecten

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
RI	behoeften Inspelen op ontwikkelingen in de markt: traag bij nieuwe ontwikkelingen t.a.v. verzekeringen of snel, passende informatie en oplossingen	Belang 18 van 32 aspecten
NPCF	Vergoeding van een 'second opinion'	
NPCF	Vergoeding van specifieke zaken, van belang voor (chronisch) zieken, zoals preventieve onderzoeken, aanvullend vervoer, experimentele nieuwe behandelingen, revalidatie en nazorg, reiskosten, cursussen, dieet- en voedingssupplementen, transmurale palliatieve zorg, lidmaatschap van een patiënten- vereniging et cetera	
AKC 1/KM	Prijsbeleid Prijs in relatie tot dekking verzekeringspakket Verantwoord en doorzichtig verzekeringspakket met een optimale prijs / kwaliteitsverhouding	Zeer belangrijk (6,6%) Belangrijk (13,2%)
TG	Prijs in relatie tot polisvoorwaarden Prijs in relatie tot concurrenten	
NPCF	Premie en dekking van de basisverzekering en de aanvullende verzekering	
NPCF	Premie van een 'losse' aanvullende verzekering Kortingsbeleid Incassobeleid	
KB	Vooraf is duidelijk hoeveel moet worden (bij)betaald voor zorg	
GDC 7	Acceptatiebeleid Duidelijke procedure waarlangs en termijn waarbinnen verzekerden worden geaccepteerd. Afwijzing wordt desgevraagd gemotiveerd.	
NPCF	Selectie voor de aanvullende verzekering	
GDC 5	Redelijk en billijk bij de uitvoering van de zorgverzekering. Wettelijke voorschriften, verzekeringstechnische aspecten en bedrijfseconomische mogelijkheden zijn	

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
	hierbij randvoorwaarden	
KM	Redelijkheid waarmee declaraties worden beoordeeld	
NPCF	Betrouwbaar Heeft de zorgverzekeraar gedragscodes ondertekend	
GDC 10	Zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens, m.n. medische gegevens (Wet Persoonsregistraties)	
CvZ/CTU	Toepassing privacyregelgeving	
RI	Gegevensbescherming	Belang 2 van 32 aspecten
RI/KB	Nota-afhandeling: foutloosheid	Belang 8 van 32 aspecten
RI	Administratieve afhandeling: foutloosheid	Belang 20 van 32 aspecten
RI	Nakomen van afspraken	Belang 22 van 32 aspecten
KM	Deskundigheid van medewerkers	
	Gebruik van de negatieve optie (wie zwijgt stemt toe)	
GDC 8	De negatieve optie wordt vermeden bij het aanbieden van nieuwe producten	
GDC 8	De negatieve optie is acceptabel bij aanpassing van premie of voorwaarden n.a.v. overheidsmaatregelen	
TG	Informatieverstrekking	Zeer belangrijk (18,8%) Belangrijk (53,6%)
GDC 8	Duidelijke en tijdige informatie over voorgenomen wijzigingen van bestaande producten	
RI/KM	Duidelijkheid declaratieformulieren	Belang 13 van 32 aspecten
RI/KM	Duidelijkheid van overige papieren (niet declaratie)	Belang 11 van 32 aspecten
AKC 7	Mondelinge en schriftelijke informatie voor klanten is duidelijk, actueel en juist. Er wordt geen tegenstrijdige informatie verstrekt door verschillende functionarissen van de zorgverzekeraar.	
RI	Motivatatie in correspondentie Standaardbrieven, onduidelijk of de info op mij van toepassing is of correspondentie toegesneden op mijn persoonlijke situatie	Belang 25 van 32 aspecten

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
GDC 7	Zorgvuldige voorlichting over de gevolgen van verandering van zorgverzekeraar of –verzekering	
RI	Informatie gedurende wachttijd	Belang 27 van 32 aspecten
RI	Op de hoogte houden van afhandeling	Belang 29 van 32 aspecten
RI	Juistheid beantwoorden vraag	Belang 5 van 32 aspecten
RI	Communicatie/informatie gezondheid ik hoor zelden iets of goed en tijdig geïnformeerd over nieuwe ontwikkelingen	Belang 12 van 32 aspecten
KM	Internetsite: - gemak van het vinden van informatie - bruikbaarheid van de informatie - interactieve mogelijkheden op de site - internetsite als geheel	
	Bereikbaarheid	
RI	Duidelijkheid aanspreekpunt: onduidelijk waar ik moet zijn met vragen – duidelijk waar je moet zijn voor welk probleem	Belang 4 van 32 aspecten
AKC 6/KB	Geografisch en functioneel goed bereikbaar voor verzekerden en zorgaanbieders, Normen en bewaking	
TG/KB/KM	Telefonische bereikbaarheid:	Zeer belangrijk (35,8%) Belangrijk (46,2%) Belang 24 van 32 aspecten
RI/KB/KM	Snelheid van opnemen langer dan 2 minuten wachten – binnen 15 seconden opgenomen	
RI	Doorverbinden naar de juiste persoon	Belang 16 van 32 aspecten
RI	Tijdstip van terugbellen	Belang 32 van 32 aspecten
KM	Openingstijden	
	Eenvoudige procedures	
AKC 10	Verzekeraar waarborgt eenvoudige procedures voor klanten, toetsing en bijstelling	
TG/KB/KM	Gemak	Zeer belangrijk (18,1%) Belangrijk (49,5%)
RI	Rekeningen indienen	Belang 9 van 32 aspecten
RI	Procedure bij aanvraag machtiging	Belang 17 van 32 aspecten

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
Vlotte afhandeling		
GDC 9/ AKC 9/KM	Voortvarend bij de afhandeling van declaraties, betalingen en mutaties	
TG	Snelheid polisafgifte	Zeer belangrijk (14,3%)
RI/KM	Snelheid wijzigen persoonlijke gegevens	Belangrijk (42,9%)
TG	Snelheid afhandeling schademelding	Belang 23 van 32 aspecten
RI/KB	Snelheid uitbetalen rekeningen	Zeer belangrijk (49,0%)
RI/KB	Snelheid toekennen van een machtiging	Belangrijk (42,3%)
		Belang 3 van 32 aspecten
		Belang 30 van 32 aspecten
Klantgerichtheid en klantgerichte bejegening		
GDC 11 CTZ	De stem van de verzekerde tot zijn recht laten komen, via wettelijk geregelde inspraak of op andere wijze	
RI	Flexibiliteit toekenning machtiging	Belang 21 van 32 aspecten
KM	Klantvriendelijkheid van medewerkers	
KM	Mate waarin zaken in één keer worden afgehandeld	
KM	Nakomen van beloftes en afspraken	
AKC 8	Verzekeraar waarborgt een klantgerichte bejegening van klanten, toetsing en corrigerende maatregelen	
TG	Persoonlijke benadering	Zeer belangrijk (24,5%)
RI	Inlevingsvermogen	Belangrijk (49,1%)
RI	Contact met de medewerkers	Belang 19 van 32 aspecten
TG	Klantspecifiteit	Belang 26 van 32 aspecten
RI	Houding van de maatschappij indruk van onbelangrijke klant – stelt goede relatie op prijs	Zeer belangrijk (36,2%)
RI	Manier van beantwoorden vragen ik wordt niet gehoord, gebruik van vakjargon – begrijpelijke antwoorden, pro-actieve houding	Belangrijk (35,2%)
RI	Op de hoogte van probleemhistorie	Belang 6 van 32 aspecten
		Belang 7 van 32 aspecten
		Belang 31 van 32 aspecten

Waardering door verzekerden, relevante aspecten		
Bron	Indicator	Belang
CTZ	Klachtenregeling	
GDC 12 AKC 11	De klachtenregeling is adequaat en laagdrempelig: Klachtenregeling en beroepsmogelijkheden worden kenbaar gemaakt aan klanten Analyse van klachten leidt tot corrigerende maatregelen	
TG	Minimum aan fouten en klachten	Zeer belangrijk (34,6%) Belangrijk (56,7%)
RI/KB RI/KM RI RI/KB/KM	Kwaliteit oplossing klacht Serieus nemen van een klacht Herstellen van fouten Snelheid van klachtafhandeling	Belang 10 van 32 aspecten Belang 15 van 32 aspecten Belang 14 van 32 aspecten Belang 28 van 32 aspecten
KM KM KM	Het open uitkomen voor gemaakte fouten De uitleg die wordt gegeven bij de oplossing van de klacht De geboden oplossing	
GDC 12	Coöperatief in geval van conflicten Werkt loyaal mee aan bemiddeling en advisering door de Ombudsman Zorgverzekeringen, aan rechtsgangen bij de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf en de burgerlijk rechter en de rechtsgang uit hoofde van de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB)	

Tabel 3.12: Waardering door verzekerden, relevante aspecten

Tabel 3.13 belicht de eisen en wensen van de *zorgvragende* verzekerde: de verzekerde op het moment dat deze zorg nodig heeft of ontvangt.

Waardering door zorgvragende verzekerden, relevante aspecten	
Bron	Indicator
	<i>Een goed georganiseerd zorgaanbod:</i>
ON 1	<p>Afstemming van zorgaanbod op zorgbehoefte</p> <p>De verzekeraar onderzoekt met medewerking van zorgaanbieders en patiëntenorganisaties de ontwikkelingen in de zorgvraag.</p>

Waardering door zorgvragende verzekerden, relevante aspecten	
Bron	Indicator
AKC 17	De verzekeraar levert een aandeel in de gezamenlijke inspanningen om het zorgaanbod in kwantiteit en kwaliteit af te stemmen op de zorgvraag
AKC 5	Zorgaanspraken worden zorgvuldig en flexibel behandeld, uitzonderingsverzoeken geregistreerd om inzicht te krijgen in gewenste vernieuwingen van het pakket let op coulance, wijze waarop polisvoorwaarden worden aangepast nav analyse van coulance-aanvragen let op balans tussen flexibiliteit en rechtvaardigheid
GDC 13	Toegankelijke zorg Verzekeraar spant zich in dat de verzekerde zorg binnen een redelijke termijn ter beschikking van de verzekerde komt: Toegankelijkheid wordt genormeerd en bewaakt, knelpunten worden opgelost (voor zover mogelijk): - Bereikbaarheid van de hulpverlening - Beheersen van wachtlijsten - Beheersen van wachttijden: normen NPCF Biedt de zorgverzekeraar service zoals wachtlijstbemiddeling, hulpcentrale NPCF Afspraken over openingstijden buiten kantoor tijden met aanbieders NPCF Wordt de benodigde zorg gegarandeerd ook als het gecontracteerde volume op is
AKC 3	
ON 2	
ON 3	
ON 4	
NPCF	
NPCF	
AKC 16	Zorg-infrastructuur Verzekeraar werkt mee aan de bevordering van een goede zorginfrastructuur, samenhang en continuïteit van zorg (ketenkwaliteit) en zorgvernieuwing. Dit in onderling overleg met zorgaanbieders, patiënten(organisaties), lokale en landelijke overheden - Stroomlijnen van de gehele routing van patiënten/cliënten - Behandelprogramma's voor doelgroepen NPCF De zorgverzekeraar maakt transparant welke zorg gecontracteerd is op postcode niveau
ON 5	
ON 6	
ON 7	
ON 8	Indicatiestelling Verzekeraar ondersteunt een onafhankelijke indicatiestelling en zorgtoewijzing. De gegevens hieromtrent worden benut bij het afstemmen van het zorgaanbod op de vraag. AKC 18 Samen met zorgaanbieders spant verzekeraar zich in om discrepanties tussen indicatiestelling en de gerealiseerde zorg op te lossen
AKC 18	

Waardering door zorgvragende verzekerden, relevante aspecten	
Bron	Indicator
	Kwaliteit van zorg
ON 9	Veiligheid Accommodatie, inrichting, instrumentarium, materialen en middelen voldoen aan geldende veiligheidseisen
ON 10	Risico-beheersing Beheersing van kritieke of risicovolle situaties, registraties van MIP/FONA, complicaties, infecties etc.
AKC 4	Kwaliteit van zorg wordt gegarandeerd door zorgaanbieders te contracteren die ten minste voldoen aan de kwaliteitsparagraaf (zie ON 18-24). Er wordt inzichtelijk gemaakt op welke wijze deze kwaliteitsbepalingen worden bewaakt
GDC 16	Kwaliteit van de geboden gezondheidszorg weegt mee bij de omschrijving van de dekking en bij de keuze van zorgaanbieders
GDC 17	Zorgverzekeraar maakt inzichtelijk op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert
	<i>Zorgvuldig met de patiënt/cliënt afgestemde zorg</i>
ON 11	Bejegening Zorgdragen voor een respectvolle bejegening
ON 12	Afstemming van zorg op de individuele hulpvraag Bijv. via objectieve indicatiestelling, zorg- en behandelplannen, registratie van de hulpvraag, methodisch handelen etc.
ON 13	Informatie en voorlichting Adequate informatie en voorlichting omtrent behandeling, behandelingsmogelijkheden, risico's etc.
ON 14	Inspraak van de patiënt/cliënt Zorgdragen voor inspraak en waarborgen dat de patient accoord gaat
ON 15	Rechten van de patiënt/cliënt Toepassing van patientenrechten en de WGBO
ON 16	Evaluatie van de verleende zorg Waarborgen van evaluatie van met de patiënt gemaakte afspraken
ON 17	Meningspeilingen Inzichtelijk welke meningspeilingen zijn uitgevoerd en wat met de resultaten is gedaan

Tabel 3.13: Waardering door zorgvragende verzekerden, relevante aspecten

De zakelijke klant of collectiviteit heeft weer andere wensen, zie tabel 3.14

Waardering door de zakelijke klant, relevante aspecten	
Bron	Indicator
RI	Administratieve afhandeling
RI	Accountteam/binnendienst
RI	Accountmanager
RI	Communicatie en informatie
RI	Schriftelijke contacten en correspondentie
RI	Online systeem
RI	Klachtenafhandeling

Tabel 3.14: Waardering door zakelijke klant, relevante aspecten

De klantgerichte zorgverzekeraar staat voor de taak om te voldoen aan de eisen van de toezichthouder (paragraaf 3.3.1) én de eisen van de (zorgvragende) verzekerde en zakelijke klant (3.3.2). Het gaat niet om het wegen of het prioriteren van deze eisen, maar om het daadwerkelijk combineren ervan in de dagelijkse bedrijfsvoering: wet- en regelgeving goed uitvoeren en op een zodanige wijze dat de klant hier baat bij heeft of zo min mogelijk last van heeft.

De volgende paragraaf maakt een korte tussenstap. Hoe zou de klantgerichte zorgverzekeraar in de praktijk vorm kunnen krijgen?

3.4. Een tussenstap: de klantgerichte zorgverzekeraar

In paragraaf 2.6 zijn de begrippen bureaucratie en klantgerichtheid gecombineerd in de organisatiegebieden van het INK-managementmodel. Het gaat in die paragraaf over theoretische mogelijkheden om te de-bureaucratiseren en de klantgerichtheid te verbeteren en over een organisatie in het algemeen. De geciteerde auteurs hebben het niet over zorgverzekeraars.

Dit hoofdstuk gaat over de omgeving van zorgverzekeraars. Nu deze omgeving is beschreven en getypeerd (tabel 3.10), kunnen verwachtingen worden uitgesproken over het minimale 'bureaucratische gehalte' van zorgverzekeraars. Hierbij worden de hypothesen van Mintzberg gebruikt (tabel 2.7).

Bureaucratie in de wetenschappelijke betekenis

Een bureaucratische organisatie is in hoofdstuk 2 gedefinieerd als een organisatie die op de dimensies, ontleend aan het ideaaltipe van Weber hoog scoort, zie paragraaf 2.3.1. Voor de onderscheiden functies kunnen nu de volgende verwachtingen worden uitgesproken:

**Waardering van de omgeving
volgens tabel 3.10**

**Effect op de vijf dimensies
van een bureaucratische organisatie
(centralisatie, hiërarchie, specialisatie,
formalisatie en standaardisatie) volgens
Mintzberg:**

De omgeving is in 2005 meer dynamisch dan in 1987 voor de verkoop- en de zorginkoopfunctie	Hoe dynamischer de omgeving, hoe organischer de structuur (dus: een lagere score op de vijf dimensies voor deze twee functies)
De omgeving is in 2005 meer complex dan in 1987 voor de zorginkoopfunctie	Hoe complexer de omgeving, hoe gedecentraliseerder de structuur. (dus: een lagere score op de dimensie centralisatie voor de zorginkoopfunctie)
De omgeving is in 2005 meer gediversifieerd dan in 1987 voor de verkoopfunctie	Hoe gediversifieerder de markten van de organisatie, hoe sterker zij geneigd zal zijn om zich op te splitsen in marktgeoriënteerde eenheden (bij gunstige schaalvoordelen). (dus: een organisatiestructuur die rond klantgroepen is ingericht)
De omgeving is in 2005 meer vijandig dan in 1987 voor de verkoop- en de zorginkoopfunctie	Extreme vijandigheid in de omgeving zet de organisatie ertoe aan haar structuur tijdelijk te centraliseren (dus: een hogere score op de dimensie centralisatie tijdens als vijandig bestempelde perioden)

Daarnaast stellen de hypothesen van Mintzberg (1997) over deze dimensies het volgende.

- Een weinig uniforme omgeving is een stimulans voor de organisatie om selectief te decentraliseren naar gedifferentieerde werkconstellaties.
Dit hoofdstuk toont aan dat zorgverzekeraars in een weinig uniforme omgeving werkzaam zijn. De omgevingssectoren van de verschillende functies bevatten verschillende dominante actoren en deze stellen verschillende eisen aan het functioneren van zorgverzekeraars.
- Hoe sterker de externe controle waaraan de organisatie onderhevig is, hoe gecentraliseerder en geformaliseerder haar structuur.
Paragraaf 3.3.1 geeft aan dat de externe controle op zorgverzekeraars aanzienlijk is.
- Hoe ouder de organisatie, hoe sterker geformaliseerd het gedrag.
De zorgverzekeraars zijn in de onderzoeksperiode natuurlijk 'ouder' geworden, hoewel de fusies er ook voor zorgen dat de nieuwe grotere organisaties tegelijkertijd 'jonger' zijn in die omvang.
- Hoe groter de organisatie, hoe uitgebreider de structuur (gespecialiseerdere taken, gedifferentieerdere eenheden en een meer ontwikkelde bestuurlijke component), hoe groter de eenheden gemiddeld zullen zijn en hoe sterker het gedrag geformaliseerd wordt.
De zorgverzekeraars zijn over het algemeen genomen in de onderzoeksperiode groter geworden door de toegepaste schaalvergroting.

- Hoe sterker regulerend het technische systeem, hoe meer geformaliseerd het uitvoerende werk en hoe bureaucratischer de structuur van de uitvoerende kern.
De technologische ontwikkeling is in de onderzoeksperiode aanzienlijk geweest.
- Hoe geavanceerder (moeilijk te begrijpen) het technische systeem, hoe uitgebreider de structuur voor de werkzaamheden van niet-uitvoerende aard, hoe groter en professioneler de ondersteunende diensten, hoe sterker de selectieve decentralisatie (naar die diensten toe) en hoe meer gebruik wordt gemaakt van verbindingsmiddelen (om het werk van het ondersteunend personeel te coördineren).
De automatiseringssystemen van zorgverzekeraars zijn in de onderzoeksperiode toegenomen.
- Door automatisering van de uitvoerende kern wordt een bureaucratische bestuurlijke structuur getransformeerd in een organische structuur.

Een en ander levert de verwachting op dat de ziekenfondsen in de onderzoeksperiode door de toegepaste schaalvergroting meer bureaucratisch worden (hoger zullen scoren op de genoemde vijf dimensies) en tegelijkertijd op onderdelen lager zullen scoren op enkele dimensies.

- Om de verzekeringsmarkt te bedienen, heeft een zorgverzekeraar een verkoopfunctie, een informatiefunctie en een administratiefunctie ingericht. Er is een hogere score te verwachten op de dimensie centralisatie om de toegenomen vijandigheid (lees: de toenemende concurrentie) het hoofd te bieden. Tegelijkertijd wordt een lagere score op deze zelfde dimensie verwacht (een meer organische structuur) om beter en sneller in te kunnen springen op de dynamiek van deze omgevingssector. Bovendien zegt de hypothese van Mintzberg dat marktgeoriënteerde eenheden zullen ontstaan, om de diversiteit aan klantwensen op te vangen.
- Om de zorginkoopmarkt te bedienen, heeft een zorgverzekeraar een zorginkoopfunctie, een informatiefunctie en een administratiefunctie ingericht. Hier is een hogere score te verwachten op de dimensie centralisatie om de toegenomen eisen op het gebied van zorginkoop tegemoet te treden. Tegelijkertijd wordt een lagere score op deze zelfde dimensie verwacht (een meer gedecentraliseerde en organische structuur) om beter en sneller in te kunnen springen op de dynamiek van deze omgevingssector.
- Aangezien vooral de administratiefunctie onderhevig is aan sterk extern toezicht, is de verwachting dat de dimensies formalisatie en standaardisatie hier hoog zullen scoren. De eisen van toezichthouders ten aanzien van het rechtmatig en doelmatig uitvoeren van de wet- en regelgeving zijn hierbij leidend. Ook het technische systeem dat voor deze functie cruciaal is, zal een hoge score op de dimensies formalisatie en standaardisatie veroorzaken.

Op een aantal punten zullen de zorgverzekeraars dus 'bureaucratischer' worden, op andere punten zullen de organisaties meer 'organisch' georganiseerd moeten zijn om zich in deze complexe en dynamische omgeving staande te houden.

Bureaucratie in de populaire betekenis

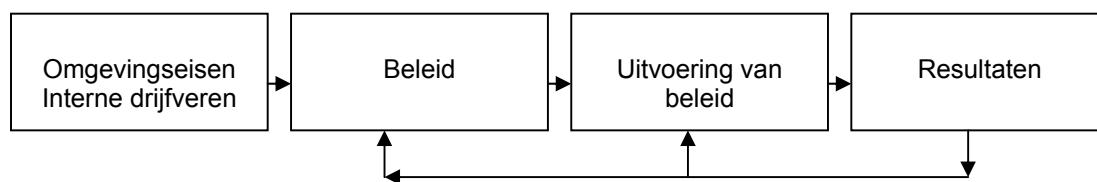
Nu de specifieke eisen van toezichthouders en (zorgvragende en zakelijke) klanten van zorgverzekeraars zijn opgesomd in paragraaf 3.3, kunnen ook verwachtingen worden uitgesproken over de mate waarin zorgverzekeraars klantgericht kunnen zijn. Deze klantgerichtheid wordt beïnvloed en in zekere zin ingekaderd door de eisen van de toezichthouders.

Deze klantgerichtheid is bureaucratie in de populaire betekenis. De klant kijkt immers niet zo zeer naar de wijze van bedrijfsvoering van een zorgverzekeraar, maar veel meer naar de prestaties van deze zorgverzekeraar op de momenten dat hij contact heeft met de organisatie. Een concreet voorbeeld: de toezichthouder eist een machtiging voor een ziekenhuisopname (tot 2003), een patiënt wil gewoon worden opgenomen als dat nodig is. De machtiging volgt later.

De eisen van de toezichthouder liggen voornamelijk in de organisatiegebieden van het INK-managementmodel: *hoe* moet een zorgverzekeraar zijn bedrijfsvoering inrichten. De eisen van klanten liggen vooral in het resultaatgebied 'klanten': *wat* merkt de klant van deze bedrijfsprocessen en hoe waardeert hij de resultaten hiervan. De modernisering van het toezicht heeft inmiddels al geleid tot meer beleidsvrijheid voor zorgverzekeraars. De 'hoe-vraag' wordt steeds meer losgelaten en ook bij de toezichthouder komt de klant steeds meer in beeld.

Analysemodel

Om de onderzoeksvragen van hoofdstuk 1 te kunnen beantwoorden, wordt gesteld dat een zorgverzekeraar minimaal moet voldoen aan de eisen van toezichthouders en dat de continuïteit van de organisatie een randvoorwaarde is. Het onderzoeksprotocol (bijlage 2) laat zien dat voor de uitvoering van de gevalsstudie de ondernemers-as van het INK-managementmodel is gebruikt. De interviewvragen die gesteld zijn, zijn opgezet volgens figuur 3.4.



Figuur 3.4: Stramien voor de interviews met het topmanagement van zorgverzekeraars

Het idee hierachter luidt als volgt.

Waarnemen van de omgeving en interne drijfveren:

- Het topmanagement van een organisatie neemt de omgeving waar en hecht hieraan een betekenis voor de organisatie. Naast omgevingsfactoren zijn interne ambities of knelpunten in de bedrijfsvoering relevant voor het te voeren beleid; De mogelijkheden zijn: het management neemt niet alles waar wat relevant is in de omgeving (bijvoorbeeld door bepaalde selectieve manier van kijken) of het management hecht aan wat wordt waargenomen een andere betekenis dan het management van andere soortgelijke organisaties. Ook de eigen visie van het topmanagement over de te verwachten of wenselijk geachte ontwikkelingen in de branche zijn van belang bij het hechten van een betekenis aan externe of interne situationele factoren.

Het formuleren van beleid:

- Het topmanagement vertaalt de waargenomen omgevingseisen, interne ambities of gesignaleerde knelpunten in nieuw beleid. Dit beleid kan meer of minder expliciet geformuleerd zijn. De mogelijkheden zijn nu: de vertaling van externe en interne situationele factoren in beleid kan achteraf bezien een 'goede' of een 'verkeerde' reactie zijn. Wat 'goed' of 'verkeerd' is wordt in dit onderzoek beoordeeld aan de hand van een

maatstaf voor elke in het onderzoek betrokken functie. Op deze manier wordt objectief vastgesteld of zorgverzekeraar VGZ een 'adequate' reactie op de gewijzigde omgevingsfactoren heeft gegeven.

Het uitvoeren van beleid:

- Het management ziet toe op de uitvoering van dit beleid en stuurt periodiek bij naar aanleiding van de bereikte resultaten. Daarnaast wordt het pro-actief beïnvloeden van de omgeving steeds nadrukkelijker toegepast als strategie.

Het vertalen van beleid in de bedrijfsvoering verloopt via het proces van 'policy deployment'. Ook nu zijn er verschillende theoretische mogelijkheden:

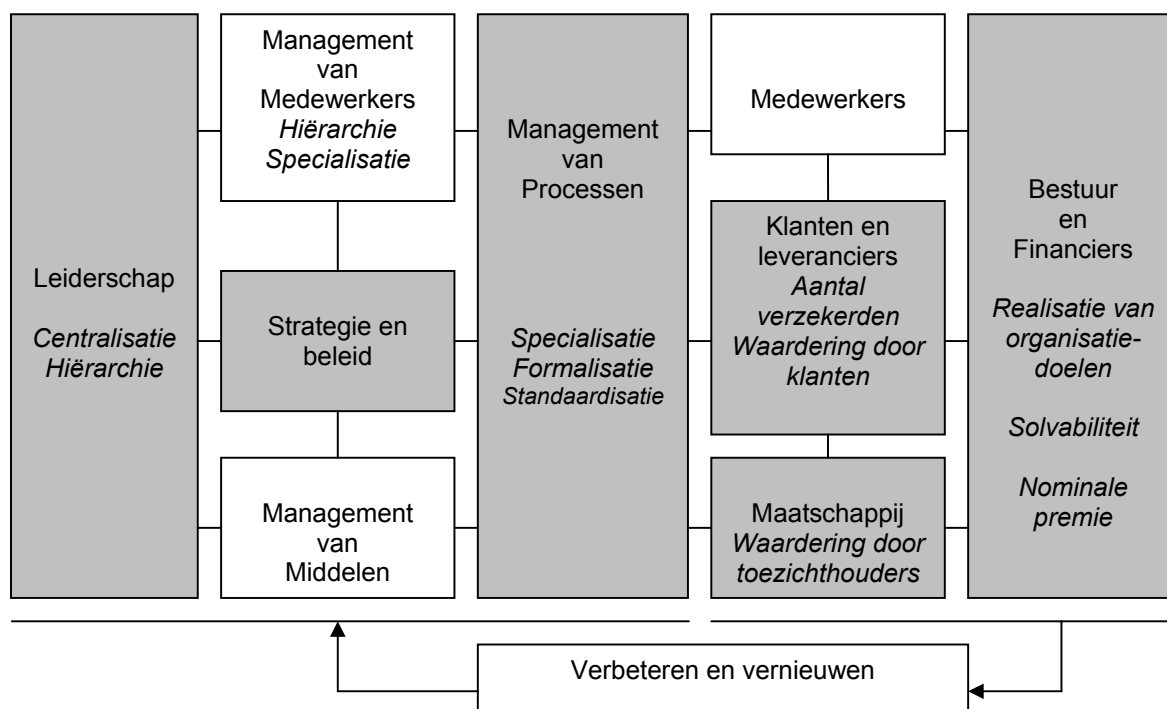
- de vertaalslag van beleid naar uitvoering verloopt goed en de resultaten zijn conform de gewenste resultaten;
- of deze vertaalslag verloopt goed, maar de resultaten blijven desondanks achter bij de gewenste resultaten;
- of deze vertaalslag verloopt niet goed, maar de resultaten zijn 'toevallig' toch goed;
- of deze vertaalslag verloopt niet goed en de resultaten blijven ook achter bij de gewenste resultaten.

Om te kunnen beoordelen of een zorgverzekeraar een 'adequate' reactie op de veranderende omgeving heeft, zijn voor de vier functies de volgende maatstaven geformuleerd, zie tabel 3.15.

Effectiviteit van zorgverzekeraars, te beoordelen prestatie-indicatoren		
Functie	INK-Resultaatgebied	Prestatie-indicator
Verkoopfunctie, Zorginkoopfunctie, Informatiefunctie en Administratiefunctie	Klanten en leveranciers	Aantal verzekerden Waardering door klanten
Zorginkoopfunctie en Administratiefunctie	Maatschappij	Waardering door het CTZ
Overall organisatie	Bestuur en financiers	Realisatie van de organisatiedoelen Nominale premie Solvabiliteit

Tabel 3.15: Effectiviteit van zorgverzekeraars, te beoordelen prestatie-indicatoren

Vertaald in het INK-managementmodel (zie figuur 3.5.) wordt in de organisatiegebieden het verband gelegd tussen bureaucratie in de wetenschappelijke betekenis (score op de vijf dimensies: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie) en klantgerichtheid. Door te bezien welke resultaten worden gerealiseerd op bovenstaande prestatie-indicatoren, wordt een relatie gelegd tussen bureaucratie in de populaire betekenis en klanttevredenheid. De gearceerde gebieden krijgen hierbij de nadruk: het managementperspectief van dit onderzoek belicht de ondernemers-as van het INK-model.



Figuur 3.5: De klantgerichte bureaucratie, gevisualiseerd in het INK-managementmodel

Tot zover deze tussenstap. De volgende drie hoofdstukken beschrijven de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ. Hoofdstuk 4 beschrijft de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ op hoofdlijnen en hoofdstuk 5 gaat dieper in op de ontwikkeling van de vier onderscheiden functies. In hoofdstuk 6 wordt de gevalsstudie VGZ geanalyseerd en wordt gezien in hoeverre de in deze paragraaf beschreven verwachtingen ook in de praktijk zichtbaar zijn bij VGZ.

De speciale aandacht voor de invoering van kwaliteitssystemen bij zorgverzekeraars is gebaseerd op de veronderstelling dat een kwaliteitssysteem een uitstekende uitvoering van de verschillende bedrijfsprocessen kan verzoenen met de klantgerichtheid van die organisatie en met klanttevredenheid.

4 Zorgverzekeraar VGZ

Hoofdstuk 4, 5 en 6 beschrijven samen de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ, hierna kortweg aangeduid als 'VGZ'. De organisatieontwikkeling van VGZ in de periode 1987 tot 2006 beslaat een tijdvak van fusie tot fusie. In 1989 ontstaat de VGZ-organisatie zoals die in de onderzoeksperiode functioneert. Op 1 januari 2004 ontstaat de VGZ-IZA Groep door de fusie van deze VGZ-organisatie met IZA Nederland. De invoering van de nieuwe zorgverzekering op 1 januari 2006 is in historisch opzicht de definitieve afsluiting van het ziekenfondstijdperk en hier eindigt dan ook de beschrijving van deze gevalsstudie.

De organisatieontwikkeling van VGZ wordt in hoofdstuk 4 eerst algemeen beschreven in enkele kenmerkende perioden. Het reorganisatieproces CONDOR krijgt hierbij speciale aandacht gezien de impact hiervan op de huidige organisatievorm. CONDOR was aanvankelijk ook de aanleiding voor dit onderzoek. Daarna wordt in hoofdstuk 5 dieper ingegaan op de in dit onderzoek betrokken functies van de organisatie: verkoop, zorginkoop, de administratiefunctie en de informatiefunctie. Hoofdstuk 6 vat het een en ander nog eens samen en geeft een eerste analyse van de gepresenteerde informatie. Deze drie hoofdstukken geven zo samen een antwoord op de onderzoeksvragen: 'Hoe gaat Zorgverzekeraar VGZ in de periode 1987 tot 2006 om met veranderde omgevingseisen van overheid, toezichhoudende instanties en klanten, ten aanzien van de kernfuncties: het verkopen van polissen, het inkopen van zorg en de administratieve functie? Is Zorgverzekeraar VGZ hierin effectief geweest in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid?'

4.1. Introductie Zorgverzekeraar VGZ

Deze paragraaf introduceert het onderwerp van deze gevalsstudie, Zorgverzekeraar VGZ, voor het gemak vanaf nu kortweg VGZ genoemd. Zorgverzekeraar VGZ ontstaat in 1989 door een fusie van zes ziekenfondsen met hun particuliere bovenbouworganisatie VGZ. Van 1989 tot 2004 functioneert VGZ zelfstandig en in verschillende samenwerkingsverbanden. Vanaf 1 januari 2004 fuseert Zorgverzekeraar VGZ met de publiekrechtelijke organisatie IZA Nederland en ontstaat de VGZ-IZA Groep.

Klanten

Eind 2005 is VGZ-IZA een landelijk opererende zorgverzekeraar met een sterke marktpositie in Zuid-Nederland. Op haar website profileert de organisatie zich als een sociale en betrouwbare zorgverzekeraar zonder winstdoelstelling. VGZ-IZA biedt ziektekostenverzekeringen aan onder een aantal labels. Deze doelgroepenbenadering maakt duidelijk dat VGZ-IZA sterk aanwezig is in de ambtenarensector en de zorgsector. VGZ (het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraar) bedient individuele en collectieve verzekerden¹; IZZ² bedient medewerkers in de zorgsector; IZA biedt verzekeringen voor ambtenaren van gemeenten en (sinds 2002) voor medewerkers van Academische Ziekenhuizen. Werknemers van geprivatiseerde onderdelen van een gemeentelijk apparaat worden sinds 1996 bediend door de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen onder het SIZ-label. Samen met IZA is een overeenkomst gesloten met IZR voor de uitvoering van de ziektekostenregeling voor werk-

¹ Een collectiviteit is een groep verzekerden die gezamenlijk bij een zorgverzekeraar is aangesloten.

² IZZ: Stichting Instituut Ziektekostenvoorziening Ziekenhuiswezen. Dit is in 2005 een eigenaam.

nemers van provincies, waterschappen en nutsbedrijven. Daarnaast wordt een ziektekosten-product onder het Loyalis-label in de ambtenarenmarkt gevoerd.

Daarnaast kent VGZ zogenaamde 'uitvoeringscontracten'. Het kostenrisico voor deze contracten ligt bij de opdrachtgever, het Ministerie van Justitie. Uitvoeringscontracten betreffen de personeelscollectiviteit van het Centraal Orgaan Asielzoekers en Medische Opvang Asielzoekers; de Stichting Nidos (jeugdbescherming voor vluchtelingen); alleenstaande Minderjarige Asielzoekers, Bureaus Jeugdzorg (uit huis geplaatste kinderen die onder de zorg van de Kinderbescherming staan); en gedetineerden/TBS-ers. VGZ verzorgt de administratie (inschrijving en uitkeringen) en de zorginkoop en ontvangt daarvoor een vergoeding. In 2004 gaat het om een totaal van 36.000 verzekerden die door een speciaal team worden behandeld, in verband met het waarborgen van de privacy.

Sinds 1999 heeft VGZ met een aantal gemeentelijke Sociale Diensten contracten gesloten om mensen met een bijstandsuitkering te verzekeren. De gemeenten innen voor deze mensen de premies waardoor het debiteurenrisico voor VGZ beperkt blijft. Tot slot voert VGZ op basis van verdragen met buurlanden (verdragsregelingen) verzekeringen uit voor grensarbeiders: Nederlanders die in België of Duitsland wonen maar die wel in Nederland werken.

VGZ-IZA voert ook de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit, via vier AWBZ-zorgkantoren in de regio's Nijmegen, Noord Limburg, Midden Brabant en Noordoost Brabant. Dit gebeurt voor alle AWBZ-verzekerden van die regio's, dus ook voor niet-VGZ-verzekerden.

Producten, diensten en distributiekkanalen

VGZ-IZA biedt alle vormen van ziektekostenverzekeringen aan. De NV VGZ Zorgverzekeraar voert de particuliere ziektekostenverzekering en aanvullende verzekeringen uit. De Stichting Ziekenfonds VGZ (SZV) voert de ziekenfondsverzekering uit. IZA Nederland voert de publiek-rechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uit. Naast zorgverzekeringsproducten verkoopt VGZ-IZA tot augustus 2005 onder eigen naam reisverzekeringsproducten die worden beheerd en uitgevoerd door AMEV (onderdeel van Fortis). Voor AMEV is VGZ op zijn beurt een distributiekanaal voor een spaarverzekering en een uitvaartverzekering. Voor de collectieve markt worden collectieve ziektekostenverzekeringen en verzuimverzekeringen aangeboden. In 1998 wordt een IZP Service Unit opgezet als antwoord op de convergentie tussen zorg en sociale zekerheid. Het Integraal Zorgproduct (IZP), later omgedoopt tot het Bedrijfszorgpakket (BZP) beoogt voor collectiviteiten één loket te bieden voor ziektekostenverzekeringen, arbeidsomstandigheden, ziekterisico's, reïntegratie en arbeidsmobiliteit.

De diensten van VGZ zijn in de onderzoeksperiode fors uitgebreid. In het geval van schaarste van zorg probeert VGZ actief problemen op te lossen. Voorbeelden hiervan zijn het buitenlandbeleid om ziekenhuizen in Duitsland en België te contracteren; de Stichting Zorgcontinuïteit (in 2002 samen met CZ opgezet om de continuïteit van in acute nood verkerende huisartsenpraktijken te waarborgen); het Medic Support Team (een team mobiel inzetbare huisartsen, dat sinds 2002 wordt ingehuurd door de Stichting Zorgcontinuïteit) en de MRI-bus (sinds 2003 gestationeerd in Venlo om het structurele MRI-capaciteitsprobleem op te vangen). Als de schaarste niet is op te lossen door meer zorg te contracteren, is wachtlijstbemiddeling mogelijk. Onder de noemer 'gezondheidsmanagement' wordt aan drie kernbegrippen gewerkt: gezondheid, preventie en leefstijl. Via de verschillende websites (www.gezondvgz.nl, www.gezondiza.nl en www.gezondizz.nl) wordt medische informatie gegeven. Deze site worden met steeds meer, ook interactieve modules uitgebreid: een virtuele oogarts, een themapagina voor kinderen over beweging en voeding, www.volgensmama.nl voor jonge moeders, een wereldbol voor vaccinatieadviezen, enzovoort. De telefonische gezondheidslijn beantwoordt in 2004 circa 1.000 gezondheidsvragen per maand. Samen met GGD's en schoolbesturen wordt vanaf 2005 een lespakket 'Web Wouter' aangeboden om overgewicht bij kinderen aan te pakken. In 2004 zijn vier gezondheidszuilen bij Etosfilialen geplaatst waar klanten hun gewicht en bloeddruk kunnen meten. Bij 200 sportscholen kunnen verzekerden vanaf 2005 een voordelig introductieaanbod

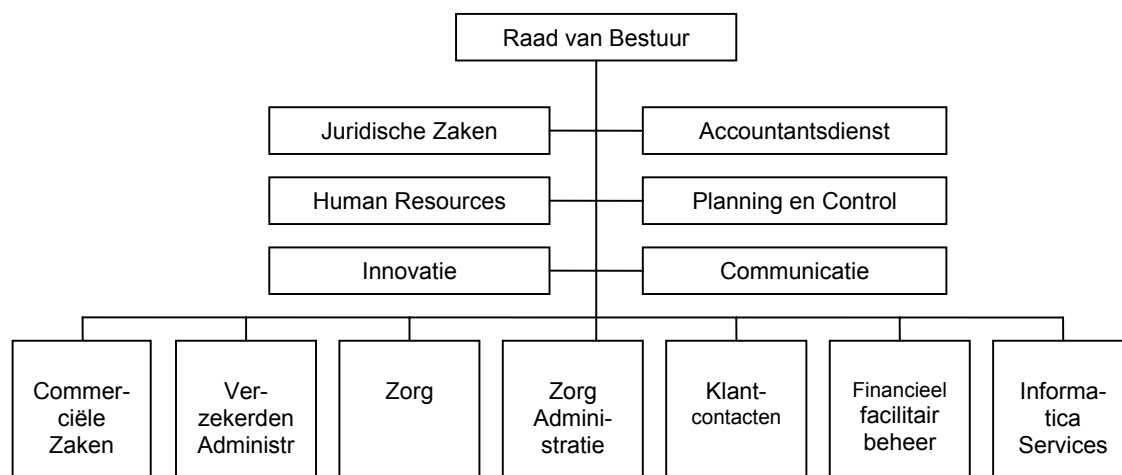
ontvangen. Met Staatsbosbeheer worden mensen gestimuleerd in de natuur te bewegen. Vanaf 2005 worden nieuwe cursussen aangeboden om te stoppen met roken en minder alcohol te drinken. Met Unilever wordt vanaf 2005 Becel Pro Activ vergoed.

VGZ biedt deze producten en diensten aan via verschillende distributiekkanalen: via assurantietussenpersonen (ATP of intermediairs genoemd), direct writing activiteiten (mailings, advertenties, Internet, accountmanagement zakelijke markt) en directe verkoop (telefoon, balie). Volmachten zoals het Industrieel Administratie Kantoor (IAK, sinds 2000), tevens een grote assurantietussenpersoon, verkopen VGZ producten onder eigen naam met vermelding van VGZ. VGZ is in dat geval risicodrager maar de volmachtorganisatie voert de administratie uit. Andersom is VGZ ook tussenpersoon voor andere organisaties, waarbij de andere organisatie de risicodrager is.

Zorgverzekeraar VGZ eind 2003

Het onderwerp van deze gevalsstudie, Zorgverzekeraar VGZ, bestaat als zodanig niet meer vanaf 1 januari 2004. De bedrijfsfusie met IZA Nederland leidt tot een drastische aanpassing van de juridische structuur en de organisatiestructuur. Om de VGZ-organisatie die in deze gevalsstudie wordt beschreven te duiden, wordt daarom eerst de organisatie(-structuur) toegelicht zoals die op 31 december 2003 functioneert, vlak voor de fusie met IZA.

VGZ bestaat op dat moment uit de volgende directoraten en stafafdelingen onder een Raad van Bestuur, zie figuur 4.1. Het directoraat Commerciële Zaken voert alle activiteiten uit die gericht zijn op het werven en behouden van verzekerden (individueel, collectief en via labels), het ontwikkelen en beheren van de verzekeringsproducten en de samenwerkingsverbanden. Directoraat Zorg is verantwoordelijk voor het inkopen van zorg en het bemiddelen bij het verlenen van zorg. De polis- en declaratieadministratie worden uitgevoerd door respectievelijk de directoraten Verzekerdenadministratie en Zorgadministratie. De financiële administratie en het beleggingsbeleid vallen onder het directoraat Financieel en Facilitair Beheer (FiFa). Bij dit directoraat zijn ook de ondersteunende functies ondergebracht die uit verschillende oogpunten (specialisatie of kwaliteit) beter centraal georganiseerd kunnen worden, zoals gebouwenbeheer, inkoop, logistieke ondersteuning, werkplekinrichting, post en archief. Sinds 2001 zijn de telefonische contacten geconcentreerd in een apart directoraat Klantcontacten. Het directoraat Informatica Services is verantwoordelijk voor de ondersteuning van de geautomatiseerde systemen voor alle bedrijfsprocessen. De centrale- en stafafdelingen zijn de afdelingen Juridische Zaken, Human Resources (inclusief de Bedrijfsgezondheidsdienst), Innovatie, de Accountantsdienst, Planning en Control en Communicatie.



Figuur 4.1: Organogram Zorgverzekeraar VGZ, 31-12-2003. Bron: Uitvoeringsverslag 2003

Geografisch is VGZ eind 2003 gehuisvest op drie hoofdlocaties. Het hoofdkantoor staat in Nijmegen. Daar zijn de Raad van Bestuur en de centrale diensten en stafafdelingen gehuisvest. In Tilburg is de Verzekerdenadministratie gehuisvest en in Eindhoven de Zorgadministratie. Het directoraat Klantcontacten is gehuisvest op drie locaties: in Nijmegen, Tilburg en Eindhoven. Naast deze drie hoofdlocaties kent VGZ een aantal regiokantoren.

Zorgverzekeraar VGZ functioneert eind 2003 met meerdere rechtspersonen³. De onderlinge waarborgmaatschappij (owm) Zorgverzekeraar VGZ ua voert de particuliere verzekeringen en de aanvullende producten van de VGZ-groep. De Stichting Ziekenfonds VGZ (SZV) is het wettelijk toegelaten uitvoeringsorgaan voor de ziekenfondsverzekering en voert de Ziekenfondswet uit. De SZV voert sinds 1998 de AWBZ uit via zorgkantoren voor de WZV-regio's Nijmegen, Noord-Limburg, Noord-Oost Brabant en Midden-Brabant. De Stichting heeft via een opdrachtovereenkomst de uitvoering van de werkzaamheden opgedragen aan de owm. De bedrijfsvoering wordt aangestuurd vanuit de owm, onder eindverantwoordelijkheid van een Raad van Bestuur (RvB). Deze RvB fungeert tevens als directie van het ziekenfonds. Een Raad van Commissarissen (RvC), bestaande uit zeven personen, houdt toezicht op het totale beleid.

Missie Zorgverzekeraar VGZ

In de statuten van de owm Zorgverzekeraar VGZ staan in 2003 als doelstellingen omschreven: 'De maatschappij stelt zich ten doel met haar leden op onderlinge grondslag met optimale solidariteit een overeenkomst van verzekering te sluiten tegen de kosten van gezondheidszorg op basis van betreffende verzekeringsvoorwaarden. De maatschappij stelt zich voorts ten doel te bevorderen dat haar verzekerden doeltreffende en doelmatige gezondheidszorg ontvangen'.

De Stichting Ziekenfonds VGZ kent in 2003 als statutaire doelstellingen: 'Het ziekenfonds stelt zich, met uitsluiting van winstoogmerk, ten doel het voor haar verzekerden waarborgen van verstrekkingen en vergoedingen in verband met hun gezondheidszorg, alsmede het bevorderen van de gezondheidszorg in het algemeen en van de eigen verzekerden in het bijzonder'.

Sinds 1999 heeft VGZ een missie geformuleerd: 'Als maatschappelijk ondernemend zorgverzekeraar anticiperen wij op wensen van onze huidige en toekomstige verzekerden. Wij leveren 'Verzekeringen op Maat' toegespitst op marktsegmenten waarin wij toonaangevend willen zijn. In nauwe afstemming met zorgaanbieders realiseren wij 'Zorg op Maat'. Onze dienstverlening onderscheidt zich door een betrouwbare en verrassende service. Kortom: wij nemen 'Initiatief in Zorg'.

De geïnterviewden binnen VGZ zijn unaniem over het indelen van de onderzoeksperiode in vier kenmerkende perioden.

De eerste periode loopt van de fusie in 1989 tot 1993. In deze jaren wordt de regionale aansturing vervangen door een matrixorganisatie die weer wordt vervangen door een volledig functionele aansturing. De schaalvoordelen van de fusie worden echter niet verzilverd en de klant wordt in de verschillende regio's verschillend behandeld.

De grote reorganisatie die daarop volgt, CONDOR genaamd, wordt in de jaren 1994 en 1995 uitgevoerd. Dit is de tweede periode die wordt onderscheiden. Met CONDOR wordt beoogd de schaalvoordelen van de fusie te verzilveren en de kwaliteit van dienstverlening te verbeteren: eenduidigheid richting de klant is het devies.

³ Deze rechtspersonen zijn: owm Zorgverzekeraar VGZ ua, Nijmegen; Stichting Ziekenfonds VGZ, Nijmegen; Holding VGZ b.v., Nijmegen; VGZ Verzekeringen B.V., Nijmegen; VGZ Vastgoed B.V., Nijmegen; OAM Vastgoed Nijmegen C.V. (99% belang), Nijmegen; Exploitatiemaatschappij Keizer Karel B.V., Nijmegen.

In de derde periode, van 1996 tot 1999 stabiliseert de organisatie zich en zoekt opnieuw koers. De missie, visie en strategie die in 1999 ontwikkeld worden, zijn leidend voor de activiteiten in de daaropvolgende jaren.

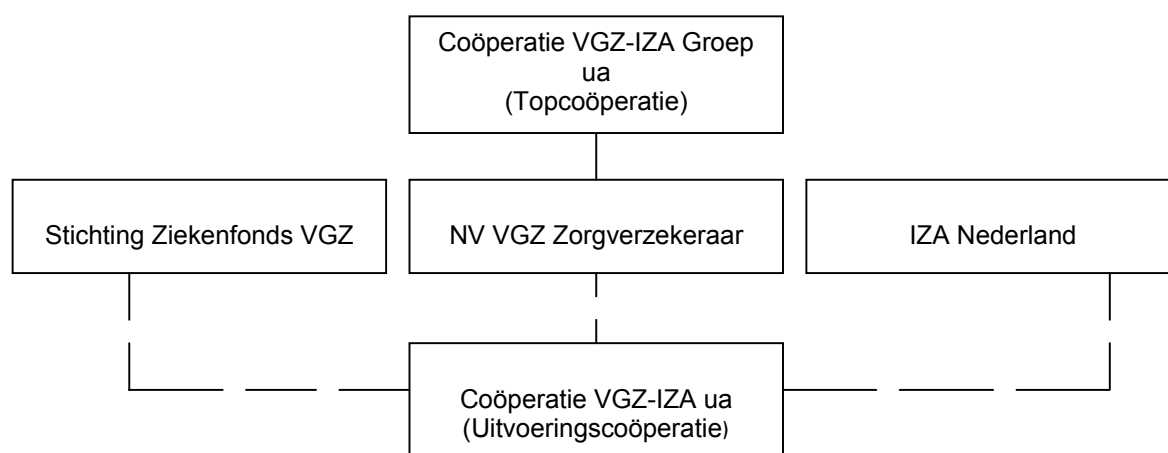
Van 2000 tot 2004, de vierde periode, gaat de organisatie op zoek naar een nieuwe fusiepartner. Besprekingen met Univé en Interpolis leiden niet tot resultaat. Wel ontstaat op 1 januari 2004 de VGZ-IZA Groep door het omzetten van de reeds bestaande samenwerking met IZA Nederland in een bedrijfsfusie. Op 1 januari 2005 fuseert deze VGZ-IZA Groep vervolgens met Trias en ontstaat VGZ-IZA-Trias (juridisch op 22 september 2006).

De jaren 2004 en 2005 kunnen een vijfde kenmerkende periode worden genoemd. De VGZ-IZA Groep bereidt zich voor op de komst van de basisverzekering, die in 2006 het einde van het ziekenfonds markeert. In de onderzoeksperiode van 1987 tot 2006 ontwikkelt VGZ zich dus als volgt:

1987	Dekker
1988	
1989	VGZ ontstaat
1990	
1991	Matrixstructuur
1992	
1993	
1994	CONDOR
1995	
1996	
1997	
1998	
1999	Topstructuur
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	VGZ-IZA Groep
2005	VGZ-IZA-Trias
2006	Stelselherziening

De VGZ-IZA Groep vanaf 2004

Op 1 januari 2004 fuseert Zorgverzekeraar VGZ dus met IZA Nederland. Het is een unieke fusie, omdat voor het eerst in Nederland een ziekenfondsverzekering, een publiekrechtelijke verzekering en een privaatrechtelijke verzekering worden gekoppeld. Het ontwikkelen van een goede juridische structuur kost dan ook veel tijd en hoofdbrekens, zie figuur 4.2.



Figuur 4.2: Juridische structuur van de VGZ-IZA Groep.

Bron: Uitvoeringsverslag 2004, Stichting Ziekenfonds VGZ, maart 2005

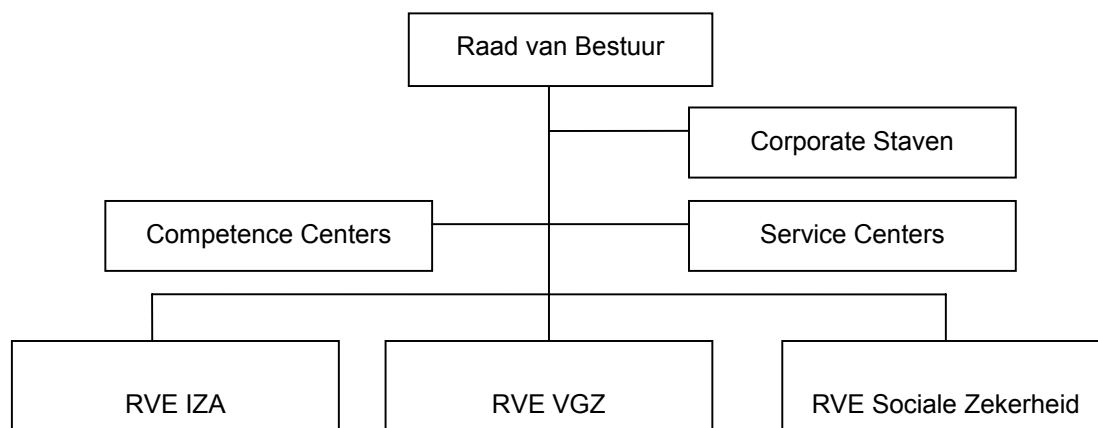
De owm wordt opgeheven en de bedrijfsvoering van alle ziektekostenverzekeringen en –regelingen wordt vanaf 1 januari 2004 ondergebracht bij een uitvoeringscoöperatie, waarbij ook alle medewerkers in dienst zijn. Leden van de Uitvoeringscoöperatie zijn de NV VGZ Zorgverzekeraar, de Stichting Ziekenfonds VGZ (SZV), IZA Nederland en de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua (Topcoöperatie). De Uitvoeringscoöperatie heeft een Raad van Bestuur die feitelijk bestaat uit de leden van de RvB van de Topcoöperatie. De NV VGZ Zorgverzekeraar is een volle dochter (100%) van de Topcoöperatie. De Algemene Vergadering van Aandeelhouders wordt gevormd door de Topcoöperatie, evenals de Directie van de NV. De Raad van Commissarissen (maximaal tien leden) van de NV wordt gevormd door de leden van de RvC van de Topcoöperatie.

De Topcoöperatie kent leden. Het lidmaatschap staat open voor personen die een (aanvullende) ziektekostenverzekering hebben gesloten met de NV VGZ Zorgverzekeraar en voor IZA deelnemers. Afgevaardigden van deze leden vormen de Ledenraad. Zij worden gekozen uit en door de leden. De Topcoöperatie kent acht regionale afdelingen, in elk daarvan is een Raad van Advies (RvA) actief. Een Raad van Advies bestaat uit Ledenraadsleden: de voorzitters vormen de Centrale Raad van Advies. De Raden van Advies kunnen (on)gevraagd advies uitbrengen aan de Centrale Raad van Advies, die op zijn beurt (on)gevraagd advies kan uitbrengen aan de Raad van Bestuur en de Raad van Commissarissen. De SZV werkt met een soortgelijke structuur. De voorzitters van de regionale Raden van Advies vormen samen met een onafhankelijke voorzitter het Ziekenfondsbestuur. De leden van alle Raden van Advies van de SZV vormen samen de Verzekerdenraad, die een adviserende functie heeft voor het Ziekenfondsbestuur. De directie van de SZV bestaat feitelijk uit de drie leden van de RvB van de Topcoöperatie. IZA Nederland heeft een algemeen bestuur, samengesteld uit werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers en een dagelijks bestuur.

Missie VGZ-IZA Groep

De missie van de VGZ-IZA Groep luidt: 'VGZ-IZA is een toonaangevende verzekeraar die als maatschappelijk ondernemer de belangen van haar leden dient op het gebied van zorg, gezondheid en sociale zekerheid. Wij bieden zekerheidsoplossingen tegen een voor onze leden aantrekkelijke prijs/prestatieverhouding. Vanuit een inspirerend en resultaatgericht werkklimaat bieden onze medewerkers professionele service, die zich kenmerkt door een klantgerichte benadering'.

Als gevolg van de fusie met IZA Nederland verandert de organisatiestructuur uit figuur 4.1 drastisch, zoals figuur 4.3 laat zien.



Figuur 4.3: Organogram VGZ-IZA Groep, 2004

Competence Centers:

Special Accounts
Marktontwikkeling en Communicatie
Business Development en innovatie
Zorgbeleid, zorginkoop en AWBZ

Service Centers:

Human Resources
Facilitair Beheer
ICT

Corporate Staven:

Bestuursondersteuning
Interne Accountantsdienst
Corporate Finance
Planning en Control

Deze organisatiestructuur is opgebouwd vanuit een benadering van opdrachtgevers- en opdrachtnemerschap. Er ontstaan corporate staven en service centers die werkzaam zijn voor de gehele VGZ-IZA Groep. Daarnaast zijn de competence centers voornamelijk werkzaam voor de drie Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE) die nu ontstaan: de RVE VGZ (hieronder vallen de directoraten Commerciële Zaken, Verzekerdenadministratie, Zorgadministratie, Klantcontacten en Financieel Beheer), de RVE IZA en de RVE Sociale Zekerheid. De in het onderzoek betrokken functies worden voortgezet in de RVE VGZ en in het Competence Center Zorg. De beschrijving over 2004 en 2005 beperkt zich dan ook tot de RVE VGZ en het CC Zorg. De RVE IZA en de RVE Sociale Zaken blijven verder buiten beschouwing in deze gevalsstudie.

4.2. De organisatieontwikkeling van VGZ

Eerst enkele opmerkingen vooraf. De geschiedenis van vijftien jaar organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ is moeilijk recht te doen op een beperkt aantal pagina's. De hierna volgende beschrijving is bewust feitelijk en neutraal gehouden, terwijl de beschreven veranderingen ingrijpend zijn geweest voor de medewerkers. Het is moeilijk om de bijbehorende emoties een plaats te geven in deze gevalsstudie. In gesprekken met medewerkers en in de voor dit onderzoek gehouden interviews waren deze emoties wel hoorbaar en zichtbaar. De onderzoekster wil met de hierna volgende weergave van de feiten recht doen aan alle betrokkenen, aan de rijke geschiedenis van VGZ en aan de interesse van de lezer, zonder daarbij de illusie te hebben alle stemmen te hebben laten spreken.

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van oorspronkelijke bronnen zoals het archief van het reorganisatietraject CONDOR, directiestukken, interne documenten en beleidsnotities en officiële documenten zoals jaarverslagen en uitvoeringsverslagen. Zie voor de bronnenlijst bijlage 6. Er zijn over de jaren 1989 tot 2004 interviews gehouden met voor dit onderzoek relevante sleutelfunctionarissen binnen VGZ. Alle gevraagde functionarissen hebben hun medewerking verleend. Zie voor de lijst van geïnterviewden bijlage 7. De geïnterviewden zijn geselecteerd op grond van hun huidige functie, hun functie op enig moment in de onderzoeksperiode, hun kennis van de materie en/of hun ervaring over de gehele onderzoeksperiode. Via de interviews is het inzicht in de feiten vergroot en is in het bijzonder een gevoel ontstaan voor de tijd waarin een en ander zich afspeelde en voor de overwegingen en motieven van de beslissingsbevoegden in die tijd. Een eerste beschrijving van deze gevalsstudie is door een aantal mensen getoetst op inhoudelijke juistheid en volledigheid. Er is zo specifiek mogelijk weergegeven waarom VGZ de beschreven keuzen heeft gemaakt, hoe de veranderingen zijn aangepakt en wat de effecten van deze veranderingen zijn geweest. Citaten van geïnterviewden en enkele letterlijke teksten die zijn overgenomen uit documenten, zijn aangegeven met aanhalingstekens. Omdat het managementperspectief van een zorgverzekeraar in dit onderzoek centraal staat, is het management in de geïnterviewdenlijst dominant vertegenwoordigd. Hoe medewerkers de ontwikkelingen in de onderzoeksperiode hebben ervaren, blijft daardoor onderbelicht. Hierover is ook moeilijk feitelijke informatie te verkrijgen. Zo werden er begin jaren '90 nog geen structurele personeelstevredenheids-

metingen uitgevoerd. Ook om praktische redenen van tijdsbesteding is het mede-werkerperspectief niet meegenomen in dit onderzoek.

Een eerste conclusie uit de nu volgende beschrijving is dat belangrijke organisatiebrede ontwikkelingen binnen VGZ eerder schoksgewijs plaatsvinden dan geleidelijk, waarmee de constatering van Heckscher (paragraaf 2.4.3) is bevestigd. Er is steeds een zekere opmaat zichtbaar naar een volgende ontwikkelingsfase: dit is een periode waarin de organisatie zich weliswaar ontwikkelt, maar waarin tegelijkertijd de noodzaak groeit om fundamenteler in te grijpen.

4.2.1. Van regionale naar functionele aansturing: 1989 - 1993

Deze beschrijving start in 1989, twee jaar na het verschijnen van het rapport 'Bereidheid tot verandering'. In 1989 wordt het rapport van de Commissie Dekker zeer serieus genomen door de ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Algemeen wordt onderkend dat een relatief klein ziekenfonds het zelfstandig niet gaat redden. De overtuiging is dat de verwachte concurrentie maar vooral de toenemende financiële verantwoordelijkheid en risico's alleen het hoofd te bieden zijn via risicospreiding en dus via een groot verzekerdenbestand. 'De continuïteit van de ziekenfondsorganisatie was in het geding. De invoering van normuitkeringen betekende een forse verschuiving van nacalculatie naar eigen risico'. De ziekenfondsen in Brabant en Limburg reageren op deze bedreiging met fusiebesprekingen. Hoewel in Brabant de werkgebieden van de ziekenfondsen overlappen, wat uniek is in Nederland in die tijd, en enige competitie hen dus niet vreemd is, heeft de bovenbouworganisatie VGZ⁴ meer ervaring op het gebied van concurrentie en slagvaardig handelen. De ziekenfondsen willen uit sociale overwegingen graag fuseren met een bovenbouworganisatie die niet aan risicoselectie doet of premiedifferentiatie toepast. Het ligt voor de hand dat het management van de particuliere Ziektekostenverzekeraar VGZ het initiatief neemt voor een fusie met de aangesloten ziekenfondsen.

Zo ontstaat in 1989, na een periode van soms moeizame onderhandelingen over de vorm waarin de integratie gestalte zou moeten krijgen, Zorgverzekeraar VGZ. Zes van de met de 'bovenbouworganisatie' samenwerkende ziekenfondsen⁵ kunnen in deze fusie worden behouden. Persoonlijke relaties op bestuurlijk niveau verhinderen dat het Ziekenfonds A.Z.M. in Heerlen en het Centraal Ziekenfonds (CZ) in Sittard meegaan in deze samenwerking. Zij

4 De bovenbouworganisatie VGZ is ontstaan in 1948, toen 11 ziekenfondsen in het zuiden en oosten van Nederland samen de Stichting Volksgezondheidszorg (VGZ) oprichtten. De doelstelling van deze stichting luidde: 'het zonder winstoogmerk behartigen en uitvoeren van al datgene wat op het terrein ligt van of verband houdt met de volksgezondheid en de sociale zekerheid in de ruimste zin van het woord'. Concreet wilden de oprichters bereiken dat ziekenfondsverzekerden die de loongrens passeerden een particuliere ziektekostenverzekering konden afsluiten zonder medische selectie. De Stichting VGZ had een eigen rechtspersoon, een eigen reglement, Bestuur en Raad van Beheer, maar het werk werd uitgevoerd bij de aangesloten ziekenfondsen.

5 In 1976 gaan de ziekenfondsen van Den Bosch en Tilburg samen in het Ziekenfonds Midden Brabant. In 1989 fuseren de volgende ziekenfondsen met de bovenbouworganisatie: Regionaal Ziekenfonds voor Eindhoven en Omgeving (RZEO) in Eindhoven; Regionaal Ziekenfonds Zuid-Limburg (ZZL) in Maastricht; Bijzonder Algemeen Ziekenfonds (BaZ) in Nijmegen; Ziekenfonds Midden-Brabant (ZMB) in Tilburg en Ziekenfonds Noord-Limburg (ZNL) in Venlo. Formeel gezien fuseert het Maatschappij Ziekenfonds Bergen op Zoom (MZB) een jaar later met deze combinatie, in 1990. MZB was namelijk in gesprek met het Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen (AZWZ) en het Ziekenfonds Midden en Noord Zeeland (ZMNZ). Als deze fusiebesprekingen tot resultaat zouden hebben geleid, zou Zeeland en West-Brabant één ziekenfondsgebied zijn geworden.

fuseren later met anderen tot zorgverzekeraar CZ. Zie paragraaf 7.1. 'Het is een mix van visionaire ideeën en persoonlijke belangen die leidt tot dit anticiperen op een onbestemde toekomst'.

Maatschappij Ziekenfonds Bergen op Zoom

'Het ziekenfonds in Bergen op Zoom (MZB) was een relatief klein ziekenfonds met 100.000 verzekerden en 80-90 mensen in dienst, waaronder 2 academici. Het bestuur, paritair samengesteld uit verzekerden en medewerkers (lees: zorgaanbieders), had wezenlijke invloed op het gevoerde beleid. Intern had de directeur alle hiërarchische macht. Hij nam beslissingen tot op operationeel niveau, bijvoorbeeld bij twijfel over inschrijvingen, machtigingen en coulance.

De organisatie kende een afdeling Verzekeringen (circa 30 mensen), Verstrekingen (circa 40 mensen), Financiële administratie en een medische adviesdienst. Deze laatste bestond uit een medische adviseur, een deeltijd tandarts, een adviserend fysiotherapeut en een adviserend verpleegkundige. De directeur en de medische adviseur voerden jaarlijks de gesprekken met de zorgaanbieders, bijgestaan door een financiële deskundige. Zorgaanbieders hoefden zich overigens niets aan te trekken van het ziekenfonds: dat moest gewoon betalen. De kwaliteit van zorg stond wel altijd op de agenda. De verkoopfunctie was eigenlijk een administratieve functie, een zakelijke markt bestond niet. MZB kende vijf lagen: de directeur, een hoofd van een afdeling, een adjunct hoofd, een teamleider en de medewerker. Het aantal verschillende functies was heel beperkt. De landelijke voorschriften en controles waren voorgeschreven. Mensen werden goed ingewerkt en men sprak elkaar direct aan op gemaakte fouten.

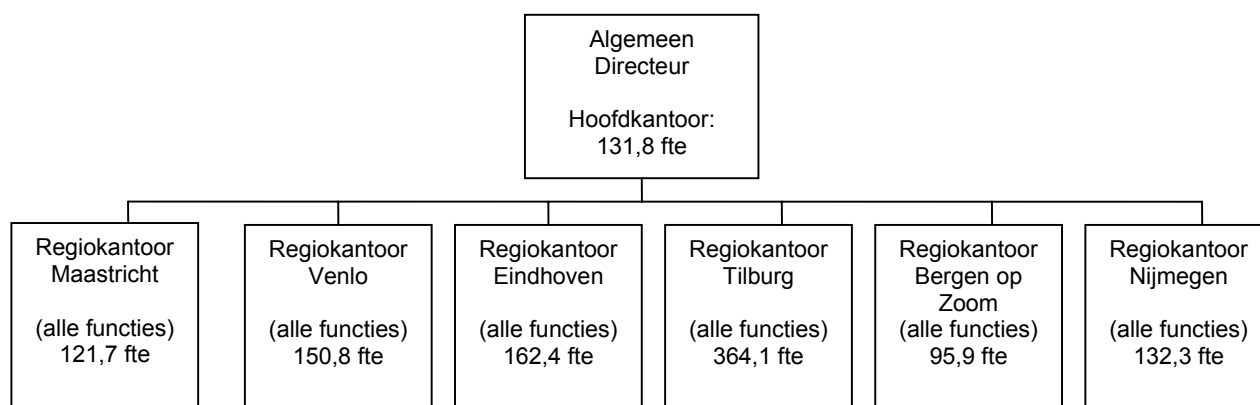
Het begrip 'klanten' bestond nauwelijks. De competitie met het andere ziekenfonds werd wel op alle fronten gevoerd. Naamsbekendheid en imago waren de belangrijkste onderscheidende kenmerken. We waren overal bereikbaar, hadden een bus geschilderd in onze kleuren die we op strategische punten inzetten, we sponsorden sportactiviteiten, namen een nieuw logo, adverteerden wekelijks en zochten regelmatig de pers. Bovendien hielden we als een van deze eerste ziekenfondsen tevredenheidsonderzoeken onder onze verzekerden met vragen als: wordt u tijdig geholpen, wordt u snel betaald? Voor baliepersoneel en bodes zijn toen opleidingen georganiseerd om de verzekerden wat vriendelijker te bejegenen. Dat was hoog nodig want 'dienen en moeten' waren de belangrijkste hulpwerkwoorden.

Na de fusie veranderde er veel: we verloren onze identiteit en kregen als directeur meer betaald. Men had het ineens over schade. Wij hadden het altijd over kosten'.

Toenmalig Directeur MZB

De organisatie die in 1989 ontstaat, heeft de structuur zoals weergegeven in figuur 4.4. Er ontstaat in één beweging een flink grotere organisatie met ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden. VGZ breidt vanaf dat moment het werkgebied uit en wordt een landelijk opererende zorgverzekeraar met een sterke marktpositie in Zuid-Nederland.

Door de fusie wordt VGZ de werkgever van ruim 1100 medewerkers, die onder één VGZ-label gaan werken. De omgeving gaat vanaf dat moment uit van één organisatie met één adres en werkwijze: Zorgverzekeraar VGZ. In de praktijk echter heeft de fusie op dat moment nog 'nauwelijks consequenties voor de organisatiestructuur of de aansturing'. Er is weliswaar één organisatie ontstaan, maar de zes ziekenfondsorganisaties hierin blijven vrij zelfstandig werken, de oorspronkelijke ziekenfondsdirecteuren blijven regionaal werken en van integratie is geen sprake. Er functioneren fysiek gescheiden administraties met verschillende werkwijzen. De zes ziekenfondsen werken in 1989 bovendien met drie verschillende automatiseringssystemen. 'Er is toen wel gefuseerd maar niet gereorganiseerd'.



Figuur 4.4: Organogram Zorgverzekeraar VGZ in 1990. Bron: sociaal jaarverslag 1990

De klant is in de eerste jaren na de fusie nauwelijks in beeld. 'Wel probeerden we de verzekeren die verhuisden vanaf nu te behouden, maar de verre verzekerde was ook lastig'. 'In directievergaderingen werd niet over klanten gesproken. We hadden het over ICT en andere facilitaire zaken'. De eerste bewuste activiteiten op het gebied van klantgerichtheid bestaan uit het opleiden van medewerkers. Het opleidingsprogramma wordt herijkt en besteedt veel aandacht aan klantgericht werken ('de klant betaalt je salaris'), het opvijzelen van materiekkennis en het aanleren van commerciële en managementtechnieken. 'Met het bureau DOOR worden de eigen valkuilen satirisch uitgebeeld, wat zo nu en dan confronterend is. Wij correspondeerden 3,5 maand over een taxivergoeding van f 7,50'.

De belangrijkste consequenties van het voortbestaan van deze regionale werkwijzen en aansturing zijn dat de mogelijke schaalvoordelen niet worden benut, dat klanten verschillend worden behandeld en dat de kwaliteit van werken verschillend is. 'Deze verschillen blijken bijvoorbeeld bij het inschrijvingsbeleid voor een Standaard Pakket Polis (zonder volledig aan alle voorwaarden te voldoen), het omgaan met coulance en met werkvoorraden en de inrichting van de bedrijfsprocessen (brede of smalle taken)'. Ook de prestaties en de financiële resultaten van de afzonderlijke organisaties verschillen flink. Kortom: het ontbreekt de organisatie aan beheersing en adequate aansturing. De Algemeen Directeur kan zich onmogelijk verantwoordelijk voelen voor het beleid of de uitvoering in de regio's. Afscheid nemen van de kleinschaligheid doet echter pijn en roept veel weerstand op. Ook in 2003 spreken verschillende geïnterviewden nog met enige weemoed over het werken in de relatief kleine en overzichtelijke ziekenfondsorganisaties, zoals de citaten hierna illustreren.

Over de organisatie:

'Iedereen kende iedereen'. 'De communicatielijnen waren kort'. 'Het was een warme cultuur'. 'Vakmanschap werd hoog geacht'. 'In de ziekenfondstijd was men soms een dag bezig met het corrigeren van f1,- De ziekenfondsraad eiste namelijk dat alles tot op de cent klopte. Indertijd werd deze handelwijze positief gewaardeerd: dat doe je goed'. 'De administratie was het hart van de ziekenfondsorganisatie: daar werkten de meeste mensen. Vanaf 1999 is de administratie bijzaak en verschuift de aandacht van de leiding naar Commerciële Zaken en Zorginkoop'.

'Het waren sterk hiërarchische organisaties. Het ziekenfondsbestuur nam de beslissingen en de directeur functioneerde als zetbaas'. 'Personeelsbeleid bestond vóór de jaren '90 nauwelijks en was administratief, beheersmatig van aard. De medewerker werd van de wieg tot het graf verzorgd, bijvoorbeeld door opleidingen aan te bieden. Men was niet toekomstgericht maar liep achter de feiten aan. De CAO kwam soms een jaar na dato tot stand en timmerde alles dicht. Er bestonden veel centrale en uniforme regelingen'.

‘Door de fusie ging VGZ veel commerciëler werken. Brabant en Limburg werden het speelveld en de omgeving vereiste dat je ook landelijk ging denken. Het imago als werkgever werd belangrijk’.

Over de verzekerden:

‘Vroeger kende je de mensen. De bodes belden aan en er was altijd iemand thuis (de vrouw). Nu werkt iedereen. Men pakt de telefoon of gebruikt Internet’. ‘De buitendienst van het ziekenfonds vertolkte intern de stem van de klant en was tegelijkertijd fel op fraude’.

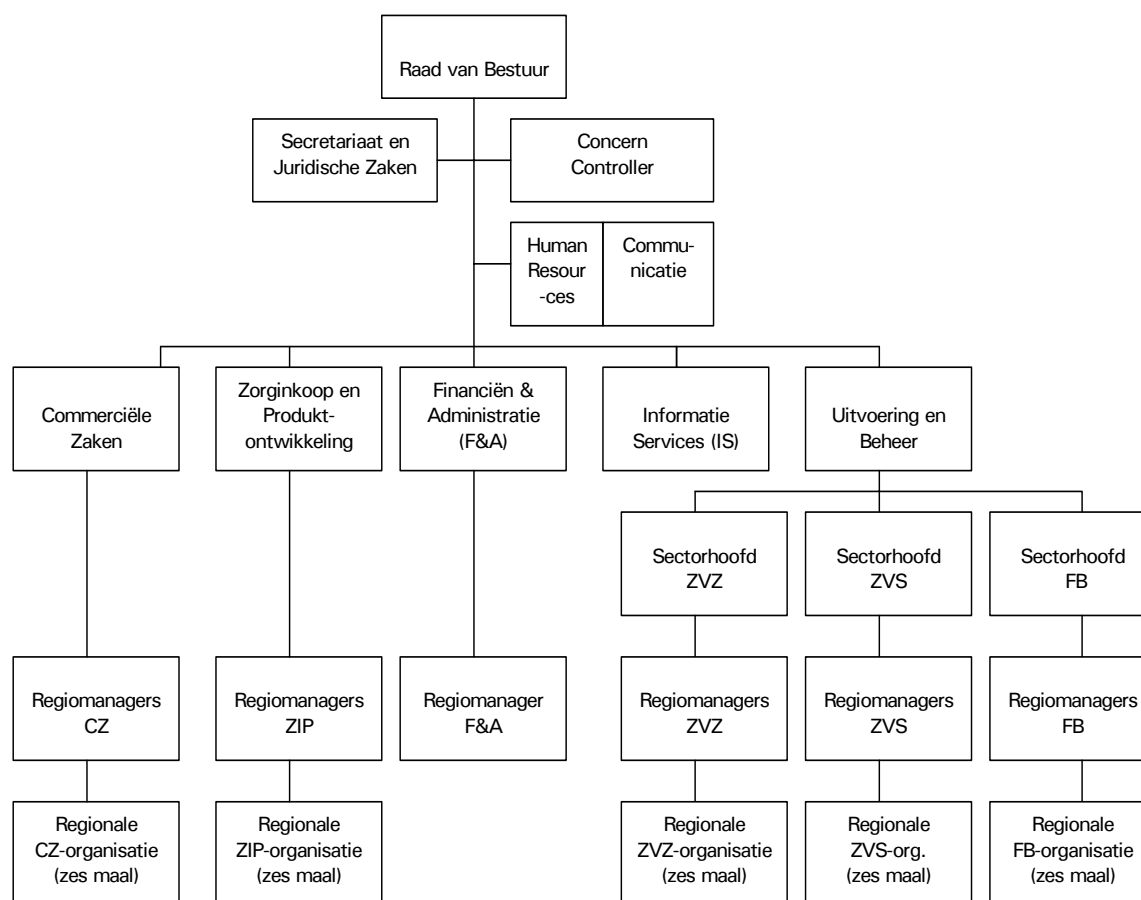
Citaten van geïnterviewden

Opmaat tot verandering: de matrixorganisatie

Om te voorkomen dat de oude ziekenfondsen als eilanden blijven functioneren, wordt in juni 1991 een éénduidige managementstructuur ingevoerd binnen alle VGZ-kantoren. ‘Centralisatie kan in de context van dat moment, zo snel na het opheffen van de ziekenfondsen, beslist niet in één keer gerealiseerd worden’. De matrixorganisatie die nu ontstaat, is een bewuste tussenstap. De regionale directeuren blijven hiërarchisch verantwoordelijk voor de werkzaamheden op een regiokantoor, maar er wordt een organisatiebrede functionele aansturing toegevoegd vanuit het hoofdkantoor in Nijmegen. Zo komt er centraal een adjunct-directeur Zorgmarkt en productontwikkeling, een adjunct-directeur Commerciële Zaken en een adjunct-directeur Uitvoering en Beheer (verzekerdenadministratie, zorgadministratie en facilitair beheer). De geïnterviewden zijn achteraf unaniem over deze matrixstructuur: hij werkt niet. ‘De managers worden door de regionale directeur hiërarchisch aangestuurd en door de adjunct-directeur op het hoofdkantoor functioneel: een voedingsbodem voor onduidelijkheden’. ‘Het wordt een besluiteloze organisatie’. ‘In de regio beslist men nog steeds zelfstandig over het aanstellen van mensen, over de inschaling of de distributiekanaal’. ‘Centraal wordt nu wel beleid gemaakt, maar eenmaal terug op het regionale kantoor gaat iedereen gewoon weer zijn eigen gang’.

In februari 1993 volgt daarom een tweede stap in de richting van een meer centrale aansturing en eindigt de matrixorganisatie. Het Raad-van-Bestuur-model wordt ingevoerd en de organisatie kantelt naar een volledig functionele aansturing. ‘De matrixorganisatie werd gezien als een opstapje: de nieuwe bestuursvoorzitter moest als nieuweling doorpakken’. Deze nieuw aangetreden voorzitter haalt de regiodirecteuren dan ook fysiek naar het hoofdkantoor in Nijmegen. Deze directeuren, tot dan toe in de regio verantwoordelijk voor alle functies, worden nu organisatiebreed, hiërarchisch én functioneel verantwoordelijk voor één functie: Commerciële Zaken of Zorginkoop en Productontwikkeling (ZIP) of Uitvoering en Beheer, waaronder Zorgverzekering (ZVZ), Zorgverstrekking (ZVS) en Facilitair Beheer vallen, Secretariaat of Human Resources. Het organogram van VGZ ziet er vanaf februari 1993 uit zoals figuur 4.5 aangeeft.

Fysiek gebeurt er nog niets met de VGZ-medewerkers, alle activiteiten blijven in de regio plaatsvinden. De zes regiokantoren zijn elk verschillend georganiseerd. Een regiokantoor kent nu geen directeur meer, maar alleen functiegerichte regiomanagers voor Commerciële Zaken, Zorg, ZVZ, ZVS, F&A en Facilitair Beheer, waaronder personeelszaken, facilitair beheer en control vallen. ‘De managementlaag onder de directie heeft in deze periode geleerd om zeer zelfstandig te werken’ merkt een geïnterviewde op. ‘Men vormde eigen koninkrijkes’. Er wordt wel een oproep gedaan om als regiomanager horizontaal te gaan samenwerken met de collega’s in de andere regio’s, maar dit komt niet erg uit de verf.



Figuur 4.5: Organogram Zorgverzekeraar VGZ, februari 1993. Bron: Deelplan ZVZ

De eerdere opmerking over emoties mag hier nog eens aangehaald worden: het weghalen van de oud-ziekenfonds directeurs uit de regio is achteraf gezien het begin van de afbouw van de oude ziekenfondsen en van de opbouw van één VGZ-organisatie, al is dat op dat moment nog niet zo duidelijk voor iedereen.

De eerste echte integratieactiviteiten in 1993 zijn het centraliseren van enkele ondersteunende functies in Nijmegen: de financiële administratie, de personeelsadministratie en de ICT-functie. Om de financiële risico's in de exploitatie beheersbaar te maken, veroorzaakt door de extern opgelegde budgettering, worden per directoraat en afdeling budgetten ingevoerd voor de beheerskosten. 'Het kostenbewustzijn in de organisatie groeit en de bezuinigingsdoelstelling over 1993 wordt gehaald', zo meldt het jaarverslag in 1993. De afdeling Personeelszaken wordt omgevormd tot een directoraat Human Resources. De drie computercentra worden geconcentreerd in Nijmegen.

Commercieel gezien gaat het goed met VGZ. Het verzekerdenaantal stijgt met ruim 40.000 personen en het marktaandeel stijgt tot 10%. Het jaarverslag 1993 vermeldt expliciet dat dit komt doordat weinig verzekerden opzeggen. Blijkbaar heeft het vrijgeven van de werkgebieden van de ziekenfondsen niet het effect dat ziekenfondsverzekerden massaal overstappen.

VGZ loopt voorop met het harmoniseren van de pakketten voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Met ingang van 1994 wordt een (vrijwel) uniform basispakket geïntroduceerd door VGZ voor de ziekenfonds- en particuliere verzekerden. 'Werkgevers wilden namelijk meer uniformiteit in de arbeidsvoorwaarden'. Ook worden alle zorginkoop-

segmenten onder één directoraat gebracht om harmonisatie van de zorginkoop te bewerkstelligen. De zorginkoop wordt uitgevoerd vanuit het idee dat harmonische verhoudingen en samenwerking moet worden nagestreefd met de zorgaanbieders: 'win-win relaties en partnership' zijn veel voorkomende woorden in de beleidsnotities van die tijd. De onderhandelingen kunnen het best dicht bij de zorgaanbieders in de regio worden gevoerd, is op dat moment de overtuiging binnen VGZ.

Voor de organisatie als totaal is toch een onwenselijke situatie ontstaan. Vier jaar na de fusie worden VGZ-verzekerden nog steeds niet overal gelijk behandeld en ook de beoogde schaalvoordelen worden niet gerealiseerd. Zo lukt het onvoldoende om de beheerskosten terug te dringen, toch één van de redenen om te fuseren. Een rapport van het organisatieadviesbureau Boer en Croon (medio 1993) over het functioneren van de organisatie concludeert dat de regionale verdeling moet worden opgeheven. Eind 1993 bereidt een kleine top (de Raad van Bestuur en een externe adviseur) daarom een volledig nieuwe organisatiestructuur en werkwijze voor. Het jaarverslag 1993 meldt de wens om te komen tot een meer marktgerichte organisatiestructuur. VGZ wil door de ogen van de klant kijken naar het eigen functioneren. De klant is op dat moment gespecificeerd als verzekerde én zorgaanbieder. In december 1993 informeert de voorzitter van de Raad van Bestuur de organisatie over de voorgenomen wijzigingen. Het reorganisatieproces wordt 'CONDOR' genoemd. Deze naam geeft aan wat met de reorganisatie wordt beoogd: CONcentratie van de backofficefuncties, Deconcentratie van de frontofficefuncties en Organisatie Revitalisering. Er dient een betere balans gevonden te worden tussen het belang van regionale aanwezigheid en het efficiënt uitvoeren van administratieve taken. Er wordt 19 miljoen gulden voor deze herstructurering gereserveerd.

4.2.2. CONDOR: 1994 - 1995

CONDOR staat binnen VGZ te boek als een zeer ingrijpende reorganisatie waar met veel mensen en met enthousiasme aan gewerkt wordt. Het is ook een aanslag op het incasseringsvermogen van de 1300 medewerkers en van de organisatie als geheel: veel medewerkers krijgen een nieuwe functie, een nieuwe baas, nieuwe collega's én een nieuwe werkplek. Zij voeren bovendien een nieuw proces uit. De gehele organisatie wordt qua structuur en werkprocessen beoordeeld en opnieuw ingericht. De voorziening hiervoor wordt in 1994 op 30 miljoen gulden gebracht.

Masterplan CONDOR

Het masterplan CONDOR (maart 1994) heeft als ondertitel: 'Noach bouwde zijn ark, toen het nog niet regende'. Deze titel geeft aan dat VGZ zich hiermee voorbereidt op een specifieke, verwachte toekomst. Het plan beschrijft de wenselijke organisatiestructuur en werkwijze van VGZ, op basis van een omgevingsanalyse en onderkende sterkten en zwakten van de organisatie (SWOT-analyse). Deze omgevingsanalyse verwoordt hoe het hogere management in 1993/1994 de omgeving waarneemt en interpreteert.

Veranderingen in de omgeving van VGZ

De gezondheidszorgmarkt is in beweging op onder andere de volgende aspecten: een terugtrekkende overheid, die meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden wil leggen bij het veld van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden/patiënten; het ontstaan van concurrentie tussen zorgverzekeraars, onder andere mogelijk gemaakt door de keuzevrijheid van verzekerden; de toenemend risicodragende budgetsystematiek voor zorgverzekeraars; een toename van het aantal verzekerden in collectiviteiten, die vaker de wens formuleren voor 'one-door-shopping' en die gezondheidszorgproducten als secundaire arbeidsvoorwaarden gaan inzetten (employee benefits); ontwikkelingen op het gebied van ziekteverzuim en ARBOzorg.

Als maatschappelijke ontwikkelingen worden signaleerd: de Nederlandse bevolking waardeert 'gezondheid' nog steeds als hoogste goed. Kenmerken van de Nederlandse bevolking die van invloed zijn op het verzekeringsproduct zijn de vergrijzing, de aandacht voor de 'kwaliteit van het leven' en het relatief geringe kostenbewustzijn; individualisering van klanten, die steeds hogere eisen stellen aan een persoonlijke benadering en die mondiger worden; de wens voor tailormade producten tegen confectieprijzen, het uitbreiden van de productenrange en de flexibiliteit in de producten.

Relevante technologische ontwikkelingen zijn: op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie komen meer faciliteiten beschikbaar die zinnig in te zetten zijn binnen de bedrijfsprocessen van VGZ. Denk aan: externe integratie (aanleveren van gegevens via diskettes, tapes, modems), EDI-ontwikkelingen (volledig geautomatiseerde gegevensuitwisseling), workflowsystemen, document information systems en scanningstechnieken voor correspondentie.

Omgevingsanalyse 1993/1994. Bron: Masterplan CONDOR, 22 maart 1994

In deze omgeving beoordeelt VGZ de eigen organisatie sterk in de markt, vanwege de schaalgrootte (behorend bij de drie grootste zorgverzekeraars in Nederland), de positie als voortrekker in de branche, de gezonde financiële positie, het degelijke imago en de motivatie bij de medewerkers om nu een veranderingstraject in te gaan. VGZ onderkent ook zwakten: de hiërarchische stijl van leidinggeven met daarbij te weinig horizontale en verticale communicatie; productgerichtheid, zich uitend in 'van binnen naar buiten' redeneren en handelen, onvoldoende kennis van de klant en verkoking van de organisatie en de verschillende werksystematieken. Via veel interne regelgeving wordt discipline betracht, wat onder andere leidt tot het bestendigen van historisch gegroeide verschillen in werkmethoden op geografisch verschillende locaties en tot het negeren van nieuwe afspraken; tot onvoldoende toetsing op zin en onzin van diverse handelingen en tot het uitvoeren van mogelijk dubbele activiteiten. Medewerkers ontkennen de veranderingsnoodzaak gezien de goede financiële positie en tot slot is de automatisering een zwak punt: er is onvoldoende geïntegreerd qua systemen en er wordt te weinig gebruik gemaakt van de moderne mogelijkheden van de informatietechnologie.

Het advies van de centrale ondernemingsraad (COR) over het masterplan CONDOR is positief. De ondernemingsraad voegt aan de sterke/zwakte analyse uit het masterplan nog enkele punten toe: sterk vindt men de worteling in de regio, het feit dat VGZ voor de klant dichtbij is en het regionale marktaandeel. Zwakten zijn volgens de OR de te geringe delegatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de bureaucratische organisatie met een te zware top die flexibiliteit en innovatie in de weg staat, de besluiteloosheid, de geringe commerciële kennis en vaardigheden en de gebrekkige communicatie, zowel intern als extern.

De voorgestane kwaliteitsverbetering die in het masterplan CONDOR wordt beschreven, wordt uitgevoerd in drie trajecten. Twee daarvan zijn gericht op de externe kwaliteit en één traject is gericht op de kwaliteit van de interne bedrijfsvoering. Kwaliteitsverbetering, klantgerichtheid en kostenbeheersing, is het motto van CONDOR. In de organisatie bekend als 'de drie K's'. Doelstellingen zijn versterking van de klanten- en marktoriëntatie van VGZ, redenerend van buiten naar binnen en gericht op resultaten; eenduidigheid richting klant (één VGZ), de VGZ-verzekerde wordt overal gelijk behandeld en benaderd en ontvangt dienstverlening van een constante kwaliteit; en het op concurrerend niveau brengen en houden van de beheerskosten. Dit laatste punt moet door de huidige schaalgrootte bereikt kunnen worden, redeneert men.

Het veranderingsproces wordt vanuit de werkprocessen benaderd en 'van onder naar boven' uitgevoerd: de topstructuur wordt als laatste aangepast aan de nieuwe organisatiestructuur. Op deze wijze kunnen de Raad van Bestuur en directie het reorganisatieproces leiden zonder de verstoring of onzekerheid van tussentijdse wisselingen in persoonlijke posities. Er wordt een projectorganisatie opgezet die de opdracht krijgt om uitvoering te geven aan het masterplan CONDOR. Deze projectorganisatie bestaat uit een stuurgroep, waarin de Raad van Bestuur en directeuren zitting hebben en een projectmanagementgroep (PMG) die de diverse project- en werkgroepen aanstuurt. De projectgroepen leveren deelplannen aan, de projectmanagementgroep stuurt op kwaliteit en consistentie van de deelplannen en de stuurgroep stelt deze vast. De lijnorganisatie wordt verantwoordelijk voor de invoering van de vastgestelde deelplannen. Tevens wordt een commissie ingesteld als communicatiekanaal tussen de formele projectsturing door de stuurgroep en de centrale ondernemingsraad. In deze ABC-commissie (Actieve Begeleiding CONDOR) participeren de projectmanagementgroep en twee leden van de Centrale Ondernemingsraad. De ABC-commissie heeft tot doel om elkaar wederzijds, frequent en snel te informeren over de voortgang en knelpunten. Ook gezamenlijke opinie- en oordeelsvorming over de deelprojecten en de bewaking van de COR-deeladviezen vinden hier plaats. Het functioneren van deze ABC-commissie is achteraf gezien een belangrijke succesfactor geweest in de CONDOR-periode: 'In deze commissie werden de deelplannen, tussenrapportages, nadere uitwerkingen, enzovoort, in een vroegtijdig stadium besproken. Dit maakte het mogelijk dat de OR zijn advies kon uitbrengen voordat het deelplan werd gepresenteerd en waarbij de advisering in de presentatie kon worden verwerkt. 'Door de wekelijkse bijeenkomsten kregen geruchten geen kans, de OR was volledig geïnformeerd en voelde zich uitermate betrokken'.

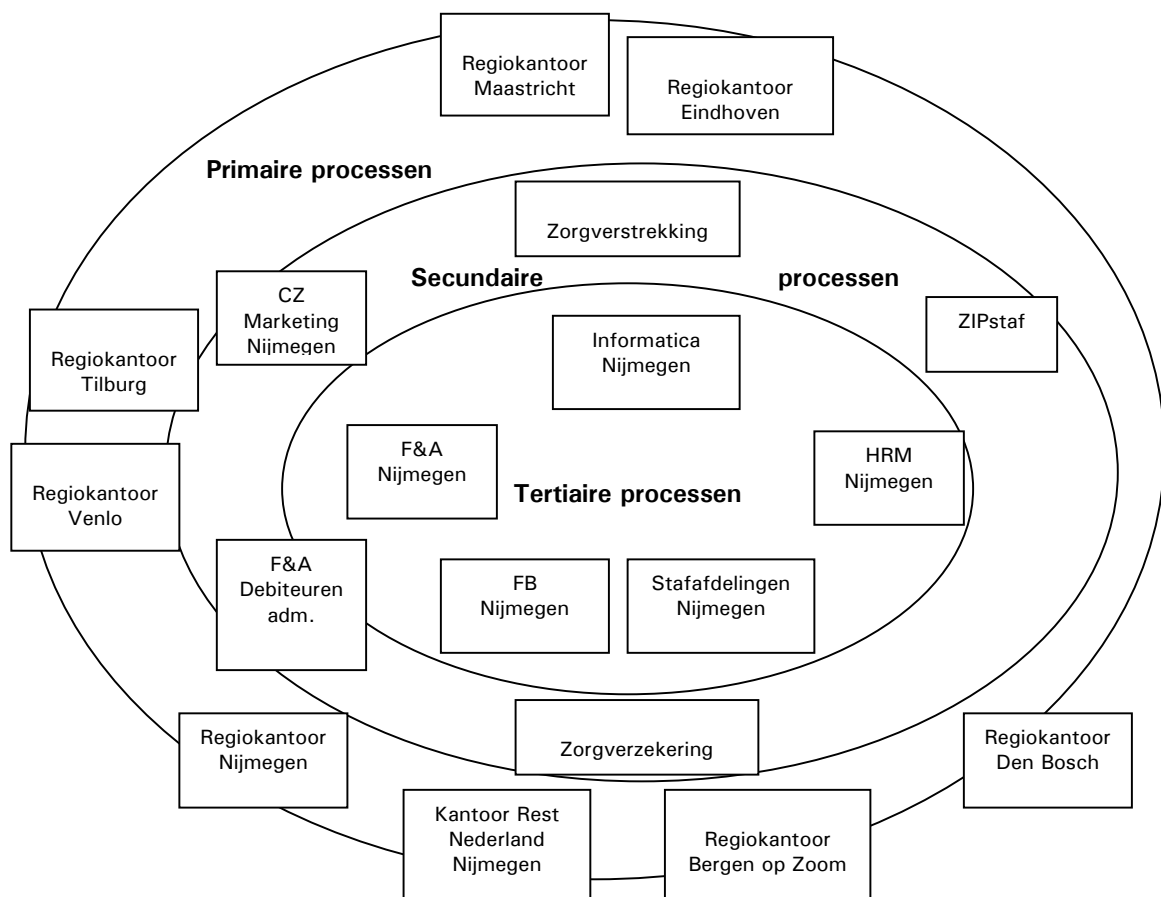
Het organisatiemodel

Het masterplan beschrijft op basis van de bovenstaande analyse het nieuwe organisatiemodel. Voor de inhoud van het masterplan CONDOR hebben veranderingstrajecten van VSB en de Rabobank model gestaan. Ook enkele instrumenten die het veranderingsproces hebben ondersteund, zoals een intern mobiliteitsbureau en een cursus 'omgaan met verandering', zijn hieraan ontleend. De klant wordt in het masterplan gedefinieerd als 'de verzekerde én de zorgaanbieder'. Deze klanten zijn gebaat bij kwaliteit en eenduidigheid. VGZ kiest expliciet voor het handhaven van de aanwezigheid in de regio en onderscheidt daarom frontoffice taken en backoffice taken.

VGZ introduceert zo het procesdenken: frontoffice taken vinden in de regio plaats en backoffice taken worden geconcentreerd. Het 'beste' proces wordt tot de nieuwe standaard verheven. 'Efficiency en standaardisatie worden belangrijk, gezien de grote en ongewenste variëteit in processen'. De bedrijfsprocessen worden onderscheiden in primaire processen, secundaire processen en tertiaire processen. De primaire processen worden gedefinieerd als die processen waarmee het eindproduct van een zorgverzekeraar zichtbaar wordt gerealiseerd. Op een regiokantoor kan direct de verbinding met de klanten worden gelegd. Verantwoordelijk voor deze contacten zijn het directoraat commerciële zaken (CZ) en het directoraat zorginkoop en productontwikkeling (ZIP), de frontoffice-taken. Deze primaire processen worden gefaciliteerd door de afdelingen zorgverzekering (ZVZ), zorgverstrekking

(ZVS) en de debiteurenadministratie, de backoffice-taken en door de staf van commerciële zaken en van zorginkoop en productontwikkeling. Al deze afdelingen worden gerekend tot de secundaire processen. De tertiaire processen zijn ondersteunend aan de totale VGZ-organisatie. Hiertoe behoren de afdelingen informatica, financiën en administratie (F&A), facilitair beheer (FB) en de stafafdelingen human resource management (HRM), corporate communication, concern controlling en juridische zaken.

Het organisatiemodel uit het masterplan is weergegeven in figuur 4.6. Frontoffice- en backoffice-taken worden uiteindelijk gekoppeld en onder één aansturing gebracht. Zo ontstaan een directoraat Verzekeringen, waarin Commerciële Zaken, ZVZ en de Debiteurenadministratie worden gebundeld en een directoraat Zorg waarin Zorginkoop en ZVS worden gebundeld, beide onder de aansturing van één directeur. De frontoffice-taken blijven gedeconcentreerd plaatsvinden in regiokantoren, rayonkantoren en bijkantoren. De backoffice-taken worden geconcentreerd op twee locaties: de verzekerdenadministratie in een Geconcentreerde Werkeenheid (GWE) in Tilburg en de zorgadministratie in een Geconcentreerde Werkeenheid (GWE) in Eindhoven.



Figuur 4.6: VGZ-organisatiemodel in het CONDOR masterplan, maart 1994

Het veranderingsproces van CONDOR

Om deze omvangrijke operatie in nog geen twee jaar tijd te realiseren wordt een strakke werkwijze en planning gehanteerd. In het masterplan staan 51 projecten beschreven die in

1994 en 1995 tot uitvoering worden gebracht. In 2003 weten enkele geïnterviewden nog steeds de nummers van die projecten: 'C14, het vaststellen van de interne organisatie van Commerciële Zaken'. De projecten zijn verdeeld over de volgende zes onderwerpen.

A. Algemeen

Het vaststellen van het organisatiemodel, de locatiekeuze voor de vestigingen, advisering door de centrale ondernemingsraad en de uiteindelijke besluitvorming door de Raad van Bestuur.

B. Personele maatregelen

In een veranderingstatuut wordt beschreven hoe wordt omgegaan met de gevolgen van CONDOR voor de medewerkers. Er worden een mobiliteitsbureau (intern uitzendbureau) en een informatiebureau ingericht. De leidinggevenden krijgen een opleiding die de aanzet moet zijn voor een nieuwe managementcultuur. Tevens wordt een opleidingsplan gemaakt om medewerkers toe te rusten voor de nieuwe werkzaamheden en voor te bereiden op het omgaan met veranderingen.

C. Organisatie inrichting en concentratie

In 28 projecten worden de nieuwe organisatiestructuur en werkwijzen uitgewerkt, voorbereid en doorgevoerd.

D. Werkmethodiek en kwaliteit

Deze projecten betreffen een systematische discussie over kwaliteitsverbetering binnen de werkprocessen, onder andere door kwaliteitstoetsing, inzet van automatisering, interne controle en de acceptatieprocedure in de regio.

E. Voorwaarden voor CONDOR

Het integreren van informatiesystemen is een belangrijke voorwaarde voor het succes van het veranderingstraject, evenals een vlekkeloos verlopende verhuisoperatie.

F. Informatie over CONDOR

De medewerkers en hun vertegenwoordiging, de centrale ondernemingsraad, dienen steeds goed en tijdig geïnformeerd te worden over de laatste ontwikkelingen en de consequenties hiervan. Ook de informatievoorziening wordt projectmatig aangepakt. Ingezette middelen zijn VGZ-nieuws, frequent overleg met de OR en een externe communicatiemanager.

Voor de inhoud van de deelplannen die de organisatiestructuur en werkwijze van de verschillende organisatieonderdelen betreffen wordt een format ontwikkeld. Zo wordt enerzijds de kwaliteit van de deelplannen en de onderlinge consistentie gewaarborgd en anderzijds een standaard voor de projectvoering ingevoerd. Concreet moeten de volgende onderwerpen uitgewerkt worden:

Format voor een deelplan

- de relatie met het masterplan CONDOR;
- de huidige situatie:
huidig organisatieschema en knelpunten beredeneerd vanuit de klant, vanuit andere organisatieonderdelen en vanuit het eigen organisatieonderdeel;
- het doel van de organisatieverandering:
hier moest aandacht worden besteed aan mogelijke winst voor de klant, de toegevoegde waarde van het organisatieonderdeel, doelmatigheid, doelgerichtheid en het benutten van vaardigheden;
- de toekomstige situatie:
uitgesplitst in de hoofdprocessen, relatie met aanverwante processen, organisatie van de processen, het nieuwe organisatieschema, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, communicatie, flexibiliteit en de kritische succesfactoren;

- de gevolgen:
vooral wijzigingen in functie-inhoud, locaties, verantwoordelijkheden en aansturing;
- een bemensings- en mobiliteitsplan:
welke functies worden onderscheiden, inclusief aantal fte's, functiewaardering en organieke functiebeschrijvingen. Welke functies wijzigen, welke functies verhuizen (schatting van de mobiliteitskosten);
- een opleidingsplan voor management, leidinggevend, uitvoerende medewerkers;
- een kostenoverzicht: vooral de personele kosten en eenmalige kosten;
- de faciliteiten: de benodigde automatisering, huisvesting en ondersteuning door facilitair beheer;
- een planning: doorlooptijd, benodigde capaciteit en een noodscenario;
- problemen en knelpunten;
- bijlagen: organieke functiebeschrijvingen, verantwoordelijkheden en bevoegdhedenmatrix, kostencalculatie en opleidingsprogramma's.

In 1994 worden de eerste deelplannen opgeleverd en besproken: van Zorginkoop en productontwikkeling, Financiën en Administratie, Commerciële Zaken, Zorgverzekering en Zorgverstrekking, Concern Controlling / Interne controle en Facilitair Beheer. Als eerste fysieke feit wordt in november 1994 de afdeling Financiën en Administratie in Nijmegen geconcentreerd. Ook wordt een aanzet gemaakt voor het inrichten van de infrastructuur voor informatica en telecommunicatie. In 1995 worden de overige deelplannen opgeleverd en vastgesteld. Velen volgen een cursus 'omgaan met verandering' om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. De fysieke verhuizing van ruim 600 medewerkers van zorgverzekering en zorgverstrekking wordt voorbereid. Deze verhuizing van werkplekken van de regio's naar de GWE's, een gigantische operatie, verloopt via een strak draaiboek en relatief vlekkeloos in de periode van juni tot november 1995. Voor veel mensen betekent dit dat zij ook privé (moeten) verhuizen. Zie voor meer details paragraaf 5.3. In 1995 worden ook enkele thema's uitgewerkt: het model voor communicatie met externe klanten, het serviceniveau van de functie facilitair beheer, een discussiestuk 'VGZ en internationalisatie', de integratie van gegevensbestanden en informatiesystemen en de uniformering van correspondentie.

Enkele onderwerpen zijn in het veranderingsproces zo belangrijk geweest, dat hier nog iets dieper op ingegaan wordt: het modelproject c.q. het communicatiemodel en het personeelsbeleid.

Het modelproject en het communicatiemodel

Het modelproject is een simulatie van de toekomstige werkwijze tussen regiokantoren en geconcentreerde werkeenheden (GWE's). Deze simulatie wordt uitgevoerd op het regiokantoor van Bergen op Zoom en moet inzicht opleveren in de verdeling van activiteiten tussen regio en GWE, de informatiebehoeften van regio en GWE, de wijze van communiceren tussen regio en GWE, de eisen en wensen ten aanzien van de informatica en de taakinhoud van medewerkers van ZVZ, ZVS en Incasso (debiteurenadministratie).

Het modelproject

'Op de begane grond in Bergen op Zoom zat de Verzekerdenadministratie en op de eerste etage zat Zorgverstrekking. De trap en de lift mochten niet meer gebruikt worden en in het bedrijfsrestaurant mocht niet over werk gesproken worden. Zo verbeeldden we dat we in Tilburg en Eindhoven werkten. De betrokkenheid van de medewerkers bij CONDOR was groot'.

Projectleider Modelproject

Er wordt geredeneerd vanuit een blanco situatie en vanuit de klant (van buiten naar binnen denken), gedefinieerd als de verzekerde en de zorgaanbieder. Verzekerden en zorgaanbieders worden door middel van toetsing en interviews ook betrokken bij de totstandkoming van het advies. Het rapport 'modelproject' dient als basis om het project op te starten en de werksystematieken waar nodig te wijzigen. Als test worden drie administratieve cycli met de nieuwe systematiek doorlopen en in 1994 worden de eerste bevindingen gepresenteerd. Er wordt een video gemaakt voor een VGZ-brede presentatie (roadshow) van de nieuwe werkwijze tussen regiokantoor en GWE's.

Het communicatiemodel met klanten gaat ervan uit dat VGZ voor de klant een regionale organisatie is. Alle 'commerciële' activiteiten lopen via de regio. De klant kan fysiek terecht bij de regio- en rayonkantoren en communiceert telefonisch via regionale nummers, die staan op een brief, het polisblad, de uitkeringsspecificatie, enzovoort. Deze geprotocolleerde contacten worden echter automatisch intern doorverbonden naar een GWE: een klant belt dus een telefoonnummer in Maastricht of Bergen op Zoom en wordt geholpen door een medewerker in Tilburg of Eindhoven. Dit communicatiemodel functioneert van 1996 tot 2001 in deze vorm. De problemen nemen met het groeiende telefoonaanbod echter toe: er is te weinig formatiecapaciteit voor de telefoon en de kwaliteit van de antwoorden is onvoldoende en onvoldoende eenduidig. In 2001 wordt daarom de telefonie losgeweekt uit de directoraten en ondergebracht is een apart directoraat Klantcontacten. Paragraaf 5.4 gaat dieper in op deze materie.

Het personeelsbeleid

De rol van Human Resources is tijdens deze reorganisatie zeer belangrijk geweest omdat veel medewerkers een nieuwe functie/werkplek/leidinggevende kregen. CONDOR is op personeelsgebied een soort uniformerings- en opschoningsactie geweest: de gehele organisatie wordt immers opnieuw ingericht. De diversiteit aan functiebenamingen wordt sterk teruggebracht en ook de hiërarchie in de organisatie wordt gestroomlijnd. Er wordt minstens één hiërarchische laag geschrapt maar soms ook meerdere. CONDOR heeft dan ook veel consequenties gehad voor het middenkader. De deelplannen leggen de basis voor een nieuwe overlegstructuur in de VGZ-organisatie en bevatten allemaal een opleidingsplan voor de medewerkers. In overleg met landelijke partijen wordt gekozen voor de methodiek van organieke functiebeschrijvingen. De kop-staart benadering van CONDOR (alles in het team, tenzij ... Lees hiervoor meer in hoofdstuk 5) wordt vertaald in brede functies met veel ontplooiingsmogelijkheden. Er vindt een inschalings- en honoreringsonderzoek plaats en veel functies gaan één volle salarisschaal omhoog.

Er wordt een visie op human resources ontwikkeld voor 'VGZ nieuwe stijl'. De mensvisie gaat uit van de medewerker als belangrijkste bron om de klant te bedienen. Er wordt een profielschets gemaakt van de toekomstige VGZ-manager. Deze profielschets stelt dat de manager verantwoordelijk is voor het toevoegen van waarde aan het VGZ-proces met het team waaraan hij/zij leiding geeft. Vanuit de HR-gedachte is de manager vooral iemand die delegeert, capaciteiten coördineert en nieuwe ontwikkelingen ondersteunt. De 'manager oude stijl', is vooral een materiedeskundige, de 'manager nieuwe stijl' is meer een peoplemanager. Er worden diverse instrumenten ingezet om de reorganisatie te begeleiden: een intern mobiliteitsbureau, een sociaal plan, een cursus 'omgaan met veranderingen', et cetera.

Het HR-beleid is in deze jaren zeer sociaal, daarover zijn alle geïnterviewden het eens. VGZ hecht er aan om alle medewerkers een nieuwe functie aan te bieden (geen gedwongen ontslagen) en zoveel als mogelijk is rekening te houden met de wensen en mogelijkheden van medewerkers. Er wordt een procedure vastgesteld voor het plaatsen en herplaatsen van medewerkers. Via statusbepalende gesprekken wordt vastgesteld of de functie van een medewerker verandert of niet. Voor honderden mensen is dit inderdaad het geval en zij moeten opnieuw solliciteren. Het Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening Nijmegen wordt ingeschakeld om het mobiliteitscentrum te ondersteunen. Op alle regiokantoren wordt een

informatiecentrum ingericht voor medewerkers die vragen hebben over het masterplan, het veranderingsstatuut, vacatures, gemeenten en huisvestingsmogelijkheden.

Enkele citaten over het personeelsbeleid:

‘Tijdens CONDOR is de relatie met de vakbonden altijd goed geweest. De vakbonden dachten mee en waren toekomstgericht. Er is geen enkel conflict geweest over de interpretatie van het begeleidingsplan’.

‘Mensen waren schaars en moesten behouden blijven gezien de krappe arbeidsmarkt in die tijd. Reistijden, verhuizingen: er werd enorm veel vergoed’. ‘Eigenlijk waren we meer gericht op de medewerker dan op de klant’.

‘Het werk in de ZVZ- en ZVS-teams moest interessant blijven en daardoor moesten deze teams een eigen verantwoordelijkheid krijgen. Een individuele functie was een groep van taken met eigen regelen en planningscapaciteit, geen eentonige arbeid. De inhoudsdeskundigheid kwam bij procesbegeleiders te liggen die op termijn moesten verdwijnen door de deskundigheid over te dragen aan de medewerkers zelf’.

‘Door meer verantwoordelijkheid bij de medewerkers neer te leggen en één hiërarchisch niveau er tussen uit te halen, zijn alle functies opgewaardeerd. De hele organisatie ging één functiegroep omhoog!’

‘De statusbepalende gesprekken werden gevoerd door managers die op dat moment wisten dat ook hun eigen functie zou wijzigen’.

‘Leiding geven is leiding geven. Hiervoor hoefde men geen inhoudelijke kennis te hebben. Wat hierbij fout ging was dat de teams groter zijn geworden dan oorspronkelijk was bedoeld en dat de leidinggevenden op dat moment onvoldoende geëquipeerd waren om als coach op te treden’.

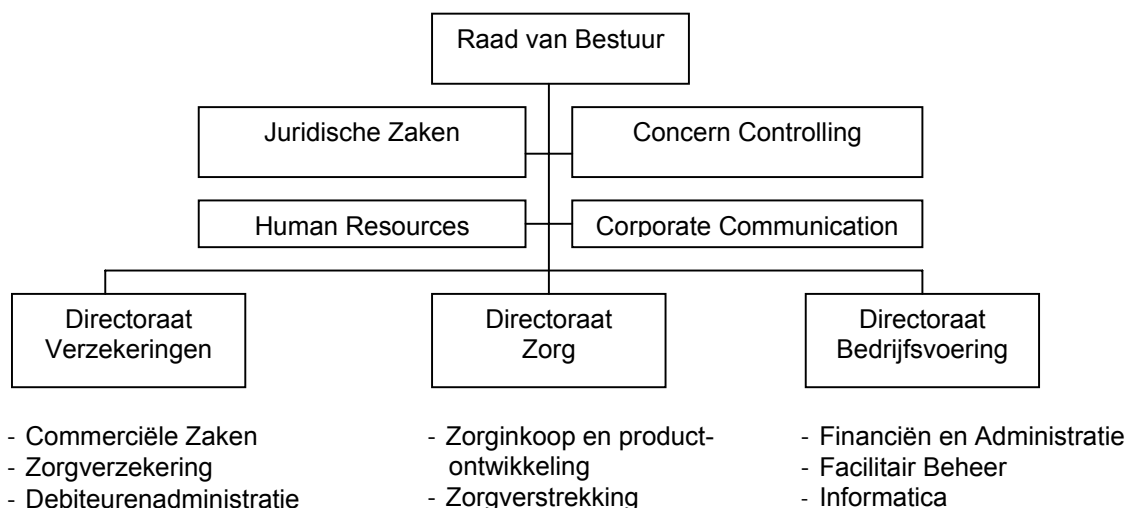
Het resultaat van CONDOR

Bij de start van CONDOR functioneren de oorspronkelijke ziekenfondsen als regionale kantoren onder een centrale aansturing van een Raad van Bestuur en directie die in Nijmegen gehuisvest zijn. Na CONDOR zijn de frontoffice-functies gedeconcentreerd en de backoffice-functies geconcentreerd.

De regiokantoren in Maastricht, Venlo, Nijmegen, Tilburg, Eindhoven en Bergen op Zoom zijn aangevuld met een regiokantoor in 's-Hertogenbosch en ingericht voor het uitvoeren van de activiteiten ‘verkoop’ en ‘zorginkoop’. Deze activiteiten blijven dus regionaal verankerd, dicht bij de klant: ook het aantal rayonkantoren met verzekeringsadviseurs is sterk uitgebreid. De primaire functies worden op het regiokantoor ondersteund door facilitair beheer, informatica en human resources. Daarnaast zijn er twee ‘geconcentreerde werkeenheden’ (GWE's) ingericht. In Tilburg is de functie ‘zorgverzekering’ (ZVZ) geconcentreerd samen met de debiteurenadministratie, en in Eindhoven is de functie ‘zorgverstrekking’ (ZVS) geconcentreerd. Ook deze functies worden ter plaatse ondersteund door de functies facilitair beheer, informatica en human resources. In Nijmegen worden alle ondersteunende functies, staffuncties en de Raad van Bestuur/Directie gehuisvest: Informatica, Financiën en Administratie, Facilitair Beheer, de staf van Commerciële Zaken en van Zorginkoop en Productontwikkeling, Concern Controlling, Corporate Communication, Human Resource Management en Juridische zaken. Op 3 april 1996 wordt het nieuwe VGZ-hoofdkantoor geopend. De gerealiseerde organisatiestructuur na CONDOR ziet er uit conform figuur 4.7.

Commerciële Zaken, Zorgverzekering en de Debiteurenadministratie zijn samengevoegd tot één directoraat Verzekeringen. Zorginkoop en productontwikkeling vormt met Zorgverstrekking het Directoraat Zorg. Op deze wijze is de integratie van deze front- en backoffice-functies in de organisatiestructuur en in de aansturing gewaarborgd. De hele organisatie is

qua processen onder de loep genomen. Processen zijn geüniformeerd en vastgelegd in de deelplannen en andere notities. Uitgangspunten voor het ontwerp van deze processen zijn geweest: 'van buiten naar binnen' redeneren (denken vanuit de klant) en het realiseren van eenduidigheid richting de klant.



Figuur 4.7: Organogram Zorgverzekeraar VGZ, 1996

De jaarverslagen van 1994 en 1995, de CONDOR-jaren, melden de inspanningen, de problemen en de behaalde en verwachte resultaten. 'Het regiokantoor in Bergen op Zoom fungeerde als 'pilot' (modelproject) voor de meer klantgerichte aanpak. Het is nu al duidelijk dat de plattere organisatie en de vereenvoudigde werkmethoden leiden tot een betere dienstverlening aan de verzekerde. De pilot heeft ook bewezen dat het werken met relatiebeheerders (binnen de verkoop- en de zorginkoopfunctie) de grote VGZ-organisatie een menselijker gezicht geeft. Ook is duidelijk geworden dat de nieuwe werkwijze zwaardere eisen stelt aan de onderlinge communicatie. Ook de behoefte aan training van medewerkers tot allrounders is zichtbaar geworden' (Jaarverslag 1994). In het jaarverslag 1995 komt de overbelasting van de organisatie sterker naar voren. Het CONDOR-project onttrekt namelijk veel capaciteit aan de reguliere werkzaamheden. Dit uit zich in werkachterstanden en een slechte telefonische bereikbaarheid. 'Door de aanloopeffecten van CONDOR stond de continuïteit van de uitvoeringsprocessen onder druk. De wijzigingen van de pakketstructuur (de introductie van een Uitgebreide aanvullende verzekering, een Plus- en een Optimaal-verzekering) hebben daar ook aan bijgedragen', meldt het jaarverslag.

4.2.3. Stabilisatie en een nieuwe koers: 1996 – 1999

1996 is in feite het eerste jaar dat VGZ in de nieuwe organisatiestructuur volledig operationeel is. De invoering van de deeladviezen en de verdere organisatieontwikkeling van VGZ worden overgedragen aan het lijnmanagement en de projectorganisatie wordt ontbonden. 1996 wordt jaren later nog bestempeld als een 'kritiek jaar, een rampjaar'. Onvermijdelijk heeft de hele operatie toch geleid tot enorme achterstanden in de operationele werkzaamheden. Vooral Zorgverstrekking in Eindhoven zit diep in de problemen. De geïnterviewden geven in 2003 een aantal verklaringen voor het ontstaan van deze werkachterstanden.

'Allereerst waren er vóór CONDOR al meer of minder achterstanden bij de ziekenfondsen. Er waren aanvankelijk veel uitzendkrachten ingezet om de werkvoorraden weg te werken, maar deze zogenoemde brandweerteams werden te snel opgeheven'. 'Ook werd de benodigde formatie te laag geschat'. Om de gewenste efficiencywinst te realiseren wordt te vroeg in het proces formatie ingeleverd. Ten tweede lijdt VGZ productiviteitsverlies. Medewerkers die in de regio op de verzekerdenadministratie werken en bijvoorbeeld liever in Eindhoven willen gaan werken (keuze voor de standplaats in plaats van de functie), komen op de zorgadministratie en omgekeerd. De specifieke kennis die nodig is voor de verzekerden- of de zorgadministratie gaat zo gedeeltelijk verloren (kennislek). Ook de reistijdcompensatie (reizen in werktijd⁶) en de invoering van de 34-urige werkweek in die tijd veroorzaken productieverlies. Een derde verklaring is routineverlies. Medewerkers die wel hun functie behouden, krijgen te maken met routineverlies (zij verwerken minder nota's per uur), doordat op 1 januari 1996 het nieuwe DVS-systeem in gebruik wordt genomen (Declaratie Verwerkend Systeem). 'Om de indruk te versterken dat er echt anders gewerkt gaat worden, gaat DVS in productie terwijl het nog niet volledig uitontwikkeld is. DVS moest de Rolls Royce onder de informatiesystemen worden, maar ging als lelijk eendje in productie. DVS boette qua functionaliteit in ten opzichte van de systemen die men bij de ziekenfondsen gebruikte en het is ook nooit meer een Rolls Royce geworden'. Ten vierde nam het werkaanbod sterk toe door een instroom van 40.000 nieuwe verzekerden en door het terughevelen van een aantal verstrekkingen van de AWBZ naar de aanvullende verzekeringen (meer aanbod van mutaties en nota's). Tot slot heerste er politieke onrust⁷ waardoor veel ongeruste verzekerden gaan bellen. 'De medewerkers in de contactschil werkten 50% in de gegevensverwerking en 50% aan de telefoon. Zij moesten alle telefoontjes opvangen en hadden geen tijd meer voor gegevensverwerking. Zo genereerden we ook nog eens onze eigen telefonie'. Hoe de beide backoffices met deze situatie zijn omgegaan wordt beschreven in paragraaf 5.3.

Ook qua financiering is 1996 relevant. De afbouw van de verevening en nacalculatie maken het des te meer noodzakelijk dat de organisatie meer bedrijfsmatig wordt aangestuurd en beheerst. Het jaarverslag 1996 meldt: 'Bij VGZ wordt van de 2,4 miljard gulden omzetverantwoordelijkheid voor het ziekenfonds, circa 1,6 miljard gulden volledig risicodragend'.

Evaluatie CONDOR-project: succes- en faalfactoren

In 1997 wordt een brede evaluatie uitgevoerd onder management en medewerkers. Deze evaluatie is toegespitst op het CONDOR-project, maar bevat ook veel opmerkingen over het daarop volgende implementatieproces.

Als belangrijkste succesfactoren van CONDOR worden genoemd: het veranderingsstatuut, de open en snelle informatie via VGZ-nieuws, de samenwerking van de projectorganisatie met de ondernemingsraad en de ABC-commissie, het mobiliteitscentrum, de cursus 'omgaan met verandering' en het brandweerteam om pieken in de dagelijkse werkzaamheden op te vangen. Als belangrijkste faalfactoren worden aangemerkt: het weglekken van kwaliteit, de te late inzet van opleidingen en een te snelle en dogmatische invoering van CONDOR-principes zoals een platte organisatie, de kop-staart benadering en people-

⁶ Reistijdcompensatie: medewerkers konden aangeven hoe zij de gevolgen van de verhuizing gecompenseerd wensten te zien, in geld, in tijd of via een combinatie hiervan. Het deelplan ZVZ begroot deze compensatie voor de GWE ZVZ in geld op 11 fte en in tijd op 20 fte en voor de GWE ZVS in geld op 20 fte en in tijd op 45 fte. In totaal worden dus 96 fte aan reistijdcompensatie ingeboekt. Bron: deelplan ZVZ, januari 1995, bijlage 5. Deze kosten werden gedurende drie jaar gefinancierd uit het sociaal plan.

⁷ Zoals pakketveranderingen (bijvoorbeeld maximaal 9 behandelingen fysiotherapie in de hoofdverzekering), de invoering van een eigen bijdrage en de reparatie van de Wet Van Otterloo, waarbij de inkomensgrens voor 65-plussers wordt opgetrokken. Dit veroorzaakt een verschuiving van particuliere verzekerden naar het ziekenfonds. De informatievoorziening over de eigen bijdrage wordt op 23 verschillende doelgroepen toegespitst.

management. 'In de deelplannen wordt de leidinggevende niet alleen als peoplemanager neergezet. Dit is een HR-interpretatie die door de organisatie is overgenomen'. Het weg-
 lekken van kwaliteit wordt in deze evaluatie verklaard uit het feit dat het persoonlijke belang
 van de medewerker die een bepaalde functie of standplaats wilde behouden, heeft gepre-
 valeerd ten opzichte van het belang van de organisatie om kennis van de processen te
 behouden. 'De dienstverlening aan de externe klant is hierdoor onder druk komen te staan'.
 De kwaliteit van de administratieve verwerking is nog onvoldoende. Ten aanzien van de
 klantgerichtheid van VGZ is de evaluatie duidelijk: VGZ heeft met CONDOR de voorwaarden
 geschapen om de externe dienstverlening te verbeteren maar de organisatie is er nog niet.
 'CONDOR heeft ons bewust gemaakt van het feit dat we het niet bij CONDOR konden laten',
 zegt een geïnterviewde in 2003.

Nog enkele citaten uit het document 'Evaluatie CONDOR-project' (1997): 'Het inzicht in de
 bedrijfsprocessen is toegenomen, de contacten tussen buitendienstmedewerkers en de
 binnendienst zijn verbeterd, de aansluiting tussen CZ en ZVZ en tussen ZIP en ZVS is beter
 geborgd. De aansluiting tussen CZ en ZIP kan echter nog beter. Op de regiokantoren is te
 weinig kennis beschikbaar, de bereikbaarheid kan beter en de correspondentie richting
 verzekerden en zorgaanbieders vraagt een herbezinning op inhoud en taalgebruik. De
 interne samenwerking tussen segmenten, vooral met het tertiaire proces kan nog verder
 verbeterd worden. De softe cultuur binnen VGZ moet doorbroken worden door elkaar op een
 juiste toon aan te spreken. De teams zijn te groot waardoor de aandacht voor de mens naar
 de achtergrond verschuift. De lerende organisatie komt langzaam maar zeker op gang. De
 VGZ-organisatie staat meer dan voorheen open voor inbreng en ideeën. Er worden kritische
 kanttekeningen geplaatst bij de overdracht van het CONDOR-project naar de lijnorganisatie:
 de sturing op dit proces wordt gemist, de dynamiek gaat verloren, de betrokkenheid van de
 OR is sterk verminderd en de CONDOR-principes verdwijnen naar de achtergrond'. Op
 aantoonbare plaatsen is de implementatie van CONDOR niet volledig geweest, stellen
 geïnterviewden. 'CONDOR is niet goed afgemaakt: de R van Revitalisering heeft geen
 invulling gekregen'.

Ook achterom kijkend, geven de geïnterviewden in 2003 aan dat de financiële motivatie
 overheersend is geweest: 'Klant, Kwaliteit en Kosten (KKK) waren de motieven voor
 CONDOR. Klant en kwaliteit waren echter geen meetpunten in de evaluatie van deze
 operatie. De beheerskosten per verzekerde werden wel gemeten'. 'CONDOR was een cost-
 driven operatie'. Niemand bestrijdt echter meer de noodzaak van CONDOR: 'In de back-
 officefuncties kon uniformer en efficiënter gewerkt worden door te concentreren. Bovendien
 kon het werk op die manier kwalitatief verbeteren. Het doorbreken van de traditionele werk-
 wijzen in de oorspronkelijke ziekenfondsorganisaties was noodzakelijk'. 'De ziekenfondsen
 draaiden op de mensen: veel lag vast, maar veel ook niet. Een uniforme klantbenadering kon
 niet worden bereikt met decentrale administraties'.

Na CONDOR heeft de organisatie vooral rust nodig. Veel medewerkers hebben een nieuwe
 functie, nieuwe collega's, een nieuwe baas én/of een nieuwe standplaats gekregen. Ook
 moet men zich nieuwe werkwijzen en nieuwe applicaties eigen maken. 1997 en 1998 zijn de
 jaren waarin het stof neerdaalt en de organisatie zich in de nieuwe setting stabiliseert. De
 emoties over wat CONDOR heeft veroorzaakt zijn echter jaren later nog hoorbaar en
 voelbaar⁸. Eén lid van de Raad van Bestuur neemt in 1996 afscheid. In 1997 wordt de
 stroomlijning van de organisatie afgerond door de invoering van de nieuwe topstructuur: de
 consequentie van de reorganisatie die immers van onder naar boven is uitgevoerd. Het
 topmanagement bestaat nu uit een tweehoofdige Raad van Bestuur (met één vacature door
 het vertrek in 1997 van een tweede lid van de RvB) en drie directeurs. Tijdelijk, tot 1998,

⁸ De onderzoekster is begin 1998 in dienst getreden bij VGZ. In die periode haalde bijna iedereen de
 CONDOR-periode aan om uit te leggen wat hen was overkomen.

functioneert tussen deze twee hiërarchische niveaus nog een Algemeen Directeur⁹. In 1998 komt de Raad van Bestuur weer op sterkte door de invulling van de vacature.

Verder met procesverbeteringen

Alle organisatieonderdelen maken na CONDOR werk van het verder verbeteren van de bedrijfsprocessen. Want hoewel de oude ziekenfondsstructuur nu is afgeschud, hanteert de administratie nog steeds gescheiden regionale klantbestanden en is in de ZVZ- en ZVS-teams de regionale herkomst van medewerkers met dito werkwijzen nog duidelijk zichtbaar. Een belangrijke mijlpaal is dat in 1996-1997 intern de convergentie tussen 'ziekenfonds en particulier' wordt doorgevoerd, zowel in de ICT-systemen als qua inhoud van de polissen. VGZ is hiermee een koploper in de branche. In oktober 1997 krijgt na ZVS ook ZVZ een nieuw systeem: het IVO-project (Invoer verzekerden) levert het VISZ-systeem op (Verzekerden Informatie Systeem Zorgverzekering), waardoor ziekenfonds- en particuliere verzekerden in één systeem worden opgenomen. 'Mutaties in het verzekerdenbestand kunnen hierdoor eenvoudiger worden verwerkt' meldt het jaarverslag 1997. Bij Zorgverstreking wordt het in 1996 gestarte project GO (gericht op verbeteringen op de zeer korte termijn) opgevolgd door het programma GOAL, dat meer structurele verbeteringen realiseert. In 1998 wordt een klachtenregistratiesysteem ontwikkeld voor de Zorgadministratie. Dit systeem wordt vanaf 1999 door de hele organisatie gebruikt. Bij de Informaticaorganisatie start in 1998 het SALSA-project, dat 'de ombouw van de IT-organisatie naar een meer klantgerichte aanpak' beoogt.

Ondertussen dienen ook nieuwe uitdagingen zich aan. Eind jaren negentig groeien de wachtlijsten, stijgen de zorgkosten en vordert de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg. Ook maakt Nederland zich op voor de eenentwintigste eeuw en de overgang naar de Euro in 2002. VGZ zet diverse projecten op om deze maatschappelijke beweging op te vangen. 'Het millenniumprobleem wordt met grote ernst en zorgvuldigheid benaderd, door een tijdelijke projectorganisatie: het Projectbureau 2000', zo meldt het jaarverslag 1998. De centrale programmatuur is in 1998 al millenniumproof, maar op de pc's blijken meer dan 700 verschillende softwareprogramma's te draaien. Deze worden gestandaardiseerd en teruggebracht tot 400. Ook de relaties met externen worden op basis van een risicoanalyse onder de loep genomen en via een noodscenario veiliggesteld. De sector beleggingen krijgt in 1998 als eerste te maken met de Euro-problematiek en ook voor de overgang van gulden naar euro wordt een projectorganisatie opgezet. 'Op circa 50% van de 7 miljoen nota's die VGZ per jaar ontvangt, staat geen valutateken vermeld', zo staat in het jaarverslag 1998.

Opmaat tot verandering

Door alle operationele problemen bij de administraties is er aanvankelijk weinig aandacht voor de activiteiten van verkoop en zorginkoop. Desondanks is VGZ relatief succesvol in de markt. Maar langzaam neemt de noodzaak tot een meer fundamentele verandering weer toe. Vanuit het middenkader komt steeds dringender de vraag naar visie en eenduidig leiderschap naar boven. De organisatie heeft last van de functionele verkokering die ook door CONDOR niet is opgelost. De directoraten Zorg en Commerciële Zaken trekken volledig gescheiden op. Ook de afdelingen Zorgverzekering en Zorgverstreking zoeken niet naar synergie: de geografisch gescheiden locaties maken het mogelijk dat de ontwikkeling van deze administraties enkele jaren (tot 2004) onafhankelijk van elkaar verloopt. Er is organisatiebreed geen overkoepelende richting of binding. Er worden bovendien steeds meer nieuwe mensen aangenomen die de CONDOR-historie niet hebben meegemaakt en die de gevoeligheden

⁹ De externe adviseur tijdens CONDOR en medeauteur van het Masterplan CONDOR, wordt in 1997 adviseur van de RvB, dan Algemeen Directeur en vervolgens enkele maanden lid van de RvB. Als de vacature bij de RvB wordt ingevuld, verlaat hij de organisatie.

daarover ook niet aanvoelen. Intern politiek beladen punten, zoals de regionale aanwezigheid van VGZ worden opnieuw ter discussie gesteld. Het communicatiemodel wordt niet begrepen: waarom zo moeilijk? Waarom niet gewoon direct alles gecentraliseerd, een call-center ingericht en één klantenbestand opgebouwd?. Eind 1998 ontstaat het inzicht dat er een nieuwe en duidelijker koers nodig is. De Raad van Bestuur besluit dat de tijd rijp is voor een volgende stap in de ontwikkeling van de organisatie. Het wordt een stap van verzakelijking, professionalisering en de voorzichtige ontwikkeling van meer resultaat-gerichtheid.

In 1998 verschijnt een intern omstreden benchmarkrapport van PriceWaterhouseCoopers. Omstreden omdat de conclusies volgens velen zijn gebaseerd op foutieve input vanuit de organisatie zelf. 'De benchmark van PWC is quick en dirty uitgevoerd en heeft het beeld van de resultaten van CONDOR vertroebeld. Het leek of de beheerskosten per verzekerde relatief en ten opzichte van de concurrentie waren gestegen. Dit is feitelijk niet zo geweest'. Desondanks is het rapport relevant voor de verdere organisatieontwikkeling, omdat de conclusies de Raad van Bestuur aanzetten tot actie. Als belangrijkste resultaten vermeldt dit rapport dat de financiële prestaties (nog) goed zijn, dat de groei in marktaandeel vrijwel nihil is (exclusief IZZ) en dat de prestaties van VGZ zeker niet beter zijn dan de prestaties van vergelijkbare concurrenten. De sterke punten van VGZ zijn volgens dit rapport: een groot marktaandeel, de geïntegreerde verwerking van ziekenfonds en particulier en de grote loyaliteit van de VGZ-medewerkers. Zwakke punten zijn de operationalisering van de concernstrategie, een achterstand in de informatisering en de inefficiency en ineffectiviteit van de interne processen. Dit laatste punt wordt gespecificeerd als: 'het onvoldoende doorgevoerd zijn van de scheiding tussen frontoffice- en backoffice activiteiten, de functionele opsplitsing van de bedrijfsprocessen die leidt tot vertraging in de totale procesgang en een inrichting van de administratieve teams met functionarissen die verschillende disciplines in zich moeten verenigen, wat niet geschikt is voor een verwerkingsfabriek'. Deze conclusies zijn deels gebaseerd op een andere visie op een goede bedrijfsvoering dan de visie waar CONDOR op is gebaseerd. In CONDOR werd juist geen scheiding tussen front- en backoffice nagestreefd, maar integratie. Ook het woord 'verwerkingsfabriek' is niet denkbaar in de CONDOR-filosofie en in de HRM-gedachte van die tijd. Het kop-staart principe dat daar werd toegepast, plaatste immers bewust alle werkzaamheden in het team.

Herijking van de beleids- en uitvoeringscyclus

SWOT-analyse

Deze nieuwe ontwikkelingsfase van VGZ start net als CONDOR met een uitgebreid zelfonderzoek en met een hernieuwde en gezamenlijke oriëntatie op de omgeving. Begin 1999 wordt met sleutelfiguren uit alle directoraten en afdelingen een nieuwe SWOT-analyse uitgevoerd. Het INK-managementmodel, in de organisatie bekend geworden via deelname van VGZ aan het samenwerkingsverband 'Tien voor kwaliteit'¹⁰, wordt als ordeningskader gebruikt voor de sterkte-zwakke analyse. Via de DESTEP-methode¹¹ worden kansen en bedreigingen geïnventariseerd. De belangrijkste punten van deze SWOT-analyse zijn opgenomen in tabel 4.1.

¹⁰ 'Tien voor kwaliteit is een samenwerkingsverband (1995 - 2000) tussen tien organisaties die van elkaar willen leren op het gebied van kwaliteitszorg: de verzekeraars ZAO en VGZ, de bedrijven KPN en de KLM en de ziekenhuizen Medisch Centrum Haaglanden - Den Haag, Catharina Ziekenhuis - Eindhoven, Rijnstate Ziekenhuis - Arnhem, Medisch Centrum Utrecht - Utrecht, Medisch Centrum Maastricht - Maastricht en Medisch Centrum Amsterdam - Amsterdam.

¹¹ DESTEP-methode: de omgeving wordt geanalyseerd door systematisch de impact op de organisatie te bezien van Demografische ontwikkelingen, Economische ontwikkelingen, Sociale ontwikkelingen, Technologische ontwikkelingen, Ecologische ontwikkelingen en Politieke ontwikkelingen.

Deze resultaten zijn de aanzet tot het ontwikkelen van een organisatiebrede missie, een 'visie en strategiedocument', verschillende organisatiebrede beleidskaders, een VGZ-jaarplan en de opzet van een nieuwe rapportagestructuur. Kortom: tot het volledig opnieuw inrichten van de beleids- en uitvoeringscyclus (BUC), waarin de Plan-Do-Check-Act cyclus (PDCA-cirkel) dominant is, zie bijlage 8. Het INK-model wordt het instrument waarmee de beleids- en uitvoeringscyclus systematisch en gestructureerd vorm krijgt.

De herijking van de BUC heeft flinke gevolgen. De succesbepalende factoren uit de visie bepalen vanaf nu in sterke mate de aansturing van de organisatie en het INK-management-model gecombineerd met methodieken uit de Balanced Score Card wordt enige tijd leidend. Ook de interne organisatie wordt opnieuw en ingrijpend gewijzigd.

Resultaten SWOT 1999	
Sterkten: <ul style="list-style-type: none"> - Samenwerkingsverbanden - Financiële middelen - VGZ als begrip in de buitenwereld - Gedrevenheid - Arbeidsvoorwaarden (aantrekkelijke werkgever) 	Kansen: <ul style="list-style-type: none"> - Samenwerkingsverbanden/ uitvoerings- en labelcontracten - Maatschappelijk ondernemerschap - Marktverschuiving - ICT-ontwikkelingen - Van aanbod- naar vraaggerichte Zorgverzekeraar VGZ - Regionalisatie in de zorg/regierol - Neutrale uitvoering AWBZ
Zwakten: <ul style="list-style-type: none"> - Operationalisatie van de visie - IC/IT - Besluitvormingsproces - Resultaatgerichtheid - Inconsistent leiderschap - Meten van waardering door klanten, medewerkers, maatschappij - Toegevoegde waarde samenwerkingsverbanden 	Bedreigingen: <ul style="list-style-type: none"> - Vergroting financiële risico's - Verzakelijking van de maatschappij - Veranderende bevolkingssamenstelling en ziektepatronen - Mededingingsregelgeving

Tabel 4.1: Resultaten SWOT, Zorgverzekeraar VGZ, 1999

Missie, visie en strategie

Het ontwikkelen van een nieuwe Missie (zie paragraaf 4.1) en een organisatiebreed visie- en strategiedocument wordt binnen VGZ kortweg het 'MVS-traject' genoemd. De gezamenlijk ontwikkelde visie biedt zicht op de gewenste toekomst van VGZ, richt alle neuzen weer één kant op en markeert volgens de geïnterviewden tevens een omslag van inspanningsgerichtheid naar resultaatgerichtheid. In de visie 1999 worden voor het eerst duidelijke resultaatgebieden benoemd, gebaseerd op het INK-model en de Balanced Score Card, zie tabel 4.2.

Per resultaatgebied worden enkele succesbepalende factoren (SBF) vastgesteld voor de profilering van VGZ en voor de kwaliteit van de dienstverlening, zie tabel 4.3. Deze succesbepalende factoren worden via doelstellingen uitgewerkt in een VGZ-jaarplan, waarvan directoraats- en afdelingsplannen worden afgeleid. Er wordt een 'breng-en-haal-plicht' afge-

spraken: directoraten en afdelingen die diensten van elkaar nodig hebben om hun doelstellingen te realiseren, dienen hier duidelijke afspraken over te maken.

Waardering door klanten;
 Waardering door toeleveranciers en zorgaanbieders;
 Waardering door de maatschappij;
 Medewerkers en leidinggevenden;
 Ondernemingsresultaten – financieel;
 Ondernemingsresultaten – niet financieel;
 Innovatie.

Tabel 4.2: Resultaatgebieden uit de visie 1999. Bron: Jaarplan Nieuwsbrief, 1999

Op deze manier wordt de integratie tussen organisatieonderdelen bevorderd en afgedwongen. Ook de kwartaalrapportages, tot dan toe vooral bestaand uit teksten die de geleverde inspanningen beschrijven, worden gestandaardiseerd en opgebouwd door elke SBF te voorzien van enkele prestatie-indicatoren (PI)¹². Elke prestatie-indicator wordt gedefinieerd en voorzien van een norm. Een 'topblad' geeft per organisatieonderdeel op één A-4tje inzicht in de stand van alle PI's per resultaatgebied, zie bijlage 9. Er wordt een uitzonderingenrapportage overeengekomen: bij presteren onder de norm *moet* een toelichting worden gegeven via een analyse en acties. Bij presteren boven de norm *mag* een toelichting worden gegeven. De jaarplancycclus nieuwe stijl is een feit.

Succesbepalende factoren VGZ, 1999	
Profilering	Kwaliteit van dienstverlening
verzekeringen en zorg op maat marktleiderschap in geselecteerde segmenten toonaangevend op nieuwe terreinen time to market concurrerende premie nu en in de toekomst co-makship, partner in zorg partner in zorg maatschappelijk ondernemerschap klanttevredenheid	innovatieve cultuur interne communicatie inzetbaarheid van medewerkers interne klantgerichtheid systeemkwaliteit processen ICT en kennismanagement zorgkostenbeheersing toepassen van de BUC

Tabel 4.3: Succesbepalende factoren VGZ, 1999

¹² Een prestatie-indicator (PI) moet meten wat hij moet meten. Het kiezen van de juiste PI's is daarmee nog niet zo simpel. Aanvankelijk worden veel te veel PI's benoemd (directoraat Zorg had bij de eerste jaarplancycclus meer dan 140 PI's opgenomen) of de verkeerde. Daarom wordt uiteindelijk besloten dat de Interne Accountantsdienst de PI's gaat valideren.

Beleidskaders

Parallel aan de missie en het visie-strategiedocument worden beleidskaders¹³ ontwikkeld voor het verkoopbeleid, het zorginkoopbeleid, organisatiebeleid, HRM-beleid, kwaliteitsbeleid, ICT-beleid en financieel beleid. Ook deze beleidskaders hebben als effect dat de afstemming tussen directoraten onderling en tussen directoraten en stafafdelingen verbetert. Belangrijke VGZ-brede uitgangspunten worden geactualiseerd: 'Het klantbeeld is vooral de laatste jaren in beweging. Het verkoopbeleid (VODW-rapport¹⁴) heeft meer klantdifferentiatie aangebracht'. 'De verkoopfunctie is sindsdien sterk geprofessionaliseerd, denk aan de reorganisatie van de zakelijke markt'. 'Zorg heeft de zorgvragende verzekerde als klant gedefinieerd, in plaats van de zorgaanbieder'.

Enkele citaten over het MVS-traject

'Door het MVS-traject is meer eenheid van beleid en uitvoering gerealiseerd'. 'Er worden nu meer mensen betrokken bij de beleidsvorming. Binnen de centraal vastgestelde kaders hebben medewerkers meer bewegingsruimte en bevoegdheden gekregen. Denk bijvoorbeeld aan het afsluiten van contracten met zorgaanbieders door de accountmanagers bij zorg'. 'Het procesdenken zet door, denk aan MVS, het programma 'Kwaliteit in Beweging' (KiB), het uitvoeren van INK-audits en de sturing op leveringsafspraken'.

Het INK-managementmodel als kwaliteitssysteem

De introductie van het INK-managementmodel komt voor de organisatie niet onverwacht. VGZ heeft in het kader van het samenwerkingsverband 'Tien voor kwaliteit' in 1998 bij het directoraat Zorginkoop als eerste een volledige INK-zelfevaluatie uitgevoerd. De interne publiciteit hierover wekt de belangstelling en het enthousiasme van andere afdelingen, die spontaan en vrijwillig ook een zelfevaluatie willen uitvoeren. De belangstelling voor dit kwaliteitssysteem is gewekt.

Eind 1999 worden de Raad van Bestuur en Directie opgeleid voor de toepassing van het INK-managementmodel. Zij voeren gezamenlijk begin 2000 een zelfevaluatie uit op VGZ-niveau. Deze zelfevaluatie bewijst nog eens dat VGZ als organisatie in fase 1 en soms in fase 2 scoort: de organisatie als totaal is activiteitgericht en procesgericht. In 2000 wordt een intern netwerk van INK-auditoren opgeleid om deze kennis in de organisatie te verspreiden en te bewerkstelligen dat organisatieonderdelen zelf aan de slag kunnen met het INK-model. Aanvankelijk wordt het model vooral gebruikt als diagnose-instrument: er worden zelfevaluaties uitgevoerd door de afdelingen Debiteurenadministratie (1999), Zorgkantoor¹⁵ (1999, op basis van een landelijk model voor het zorgkantoor), Verzekerdenadministratie (2000), Human Resources (2000, via een positiebepaling) en FiFa (2001). In de visie 1999-2004 wordt opgenomen dat alle organisatieonderdelen vóór 2004 een zelfevaluatie uitvoeren¹⁶. Al snel wordt het INK-model ook gebruikt als stuurinstrument, gecombineerd met de methodiek van de Balanced Scorecard. Dit is zichtbaar in de wijze waarop jaarplannen en interne rapportages zich ontwikkelen en uiteindelijk ook in het jaarverslag van VGZ. VGZ doet

¹³ Een beleidskader is een set van spelregels waarbinnen gewerkt moet worden.

¹⁴ VODW staat voor: Verdonk, Otten, Dik, Wiegerink.

¹⁵ Het zorgkantoor ontstaat in 1998.

¹⁶ Deze doelstelling wordt niet gerealiseerd, onder andere door het feit dat VGZ in de jaren na 2001 op zoek gaat naar een nieuwe fusiepartner. De energie wordt extern geïnvesteerd. Er zijn in deze jaren wel zelfevaluaties uitgevoerd door de Debiteurenadministratie (1999), HR (2000- positiebepaling), VA (2000) en de vier zorgkantoren (via een instrument van het Trimbosinstituut).

zijn voordeel met de opgebouwde kennis en ervaring van de KLM en KPN met dit model. Een stagiaire bewijst dat het INK-model ook als benchmarkmodel te gebruiken is (Zegers, 1999).

Een nieuwe topstructuur

Het MVS-traject brengt ook een organisatieverandering met zich mee. In juli 1999 worden de directoraten Verzekeringen, Zorg en Bedrijfsvoering gesplitst. De span-of-control van deze directoraten is te groot geworden voor één directeur. Het aansturen van een administratie vergt zodanige aandacht dat dit niet te combineren is met de aansturing van een frontoffice-functie zoals de verkoop en de zorginkoop, is de argumentatie. Frontoffice- en backoffice-taken worden daarom gescheiden in aparte directoraten met een zelfstandige directeur. Ook het directoraat Bedrijfsvoering wordt gesplitst in een directoraat Informatica Services (IS) en een directoraat Financiën en Facilitair Beheer (FiFa). Het belang van IS voor de organisatie is zo toegenomen dat dit weer een zelfstandig directoraat rechtvaardigt. Bovendien dient de kwaliteit van de IS-functie ook na het SALSA-project nog verder ontwikkeld te worden. Er worden ook twee nieuwe stafafdelingen ingericht. De afdeling Business Development wordt verantwoordelijk voor de organisatiebrede innovatie (maar het duurt nog minstens een jaar voordat deze stafafdeling echt operationeel is). De controlfunctie wordt losgemaakt van de Accountantsdienst en belegd bij een nieuwe stafafdeling Planning en Control, die verantwoordelijk wordt voor de Beleids- en Uitvoeringscyclus. Er worden hiërarchisch bij de directoraten decentrale planning- en controlfunctionarissen geplaatst die functioneel onder de verantwoordelijkheid vallen van de centrale afdeling Planning en Control. Dit betreft een geheel nieuwe functie. De organisatiestructuur die ontstaat, ziet er uit conform figuur 4.8.



Figuur 4.8: Organogram Zorgverzekeraar VGZ, november 1999

Het Raad van Bestuur/Directieoverleg (RvB/D) wordt door deze organisatiewijziging sterk uitgebreid. Er zijn nu zes in plaats van drie directeuren en er komen twee stafhoofden bij. De noodzakelijke integratie tussen de verschillende organisatieonderdelen, die niet bereikt kon worden via de organisatiestructuur uit figuur 4.7, moet nu op het hoogste niveau via dit overleg gerealiseerd worden. Er vinden in 1999 ook personele wijzigingen plaats op het niveau van de directie. De directeuren Verzekeringen, Zorg en Bedrijfsvoering krijgen een nieuwe functie, waarvan één buiten de organisatie. Drie nieuwe directeuren (Zorg, Zorgadministratie en Informatica Services), komen van extern. VGZ gaat een volgende fase van organisatieontwikkeling dus in met een vernieuwd managementteam.

Ook de ontwikkeling van nieuwe dienstverlening wordt opgepakt. De privatisering van de sociale zekerheid, onder Paars I en II in een stroomversnelling geraakt, wordt door VGZ beantwoord met de inrichting van een IZP Service Unit (Integraal Zorgproduct), rechtstreeks onder de Raad van Bestuur (niet getekend in het formele organogram). Via deze afdeling wordt collectiviteiten één loket aangeboden voor diensten op het gebied van ziektekostenverzekeringen, arbeidsomstandigheden, ziektewetrisico's, reïntegratie en arbeidsmobiliteit.

4.2.4. De ontwikkeling van resultaatgerichtheid: 2000 – 2003

De geïnterviewden noemen als kenmerken van deze ontwikkelingsfase de versterking van de resultaatgerichtheid en een verdere verzakelijking van de interne bedrijfsvoering. De organisatiebrede beleidskaders geven VGZ op vrijwel alle gebieden sterke impulsen. Het personeelsbeleid en het ICT-beleid worden geactualiseerd en geënt op de nieuwe omgevingsisen. Ook de processen worden opnieuw onder de loep genomen. De organisatie moet klaargestoomd worden voor de verwachte groei en (opnieuw) de komst van de basisverzekering. Er komt meer structuur in het meten van de waardering van klanten en medewerkers, er wordt stevig doorontwikkeld op de bepaling van de juiste prestatie-indicatoren en VGZ maakt beleid van het vergroten van de transparantie. In deze jaren gaat de organisatie actief op zoek naar een nieuwe fusiepartner om de geformuleerde groei-doelstelling, een marktaandeel van 20% in 2007, te verwezenlijken.

De ontwikkeling van het personeelsbeleid

In de jaren na CONDOR ontwikkelt het personeelsbeleid zich onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen en interne behoeften. Vanaf 1997 voert VGZ het Beoordelingsgerelateerd Belonen (BGB) in. Dit betekent dat de leidinggevenden jaarlijks een functioneringsgesprek (tweezijdig) en een beoordelingsgesprek (éénzijdig) gaan voeren met medewerkers. De beoordeling geschiedt voor elke organieke functie op basis van eenzelfde set criteria, zie tabel 4.4.

In 2000, na het vernieuwen van het HRM-beleidskader, wordt deze methodiek aangepast onder invloed van het ontwikkelde employabilityprogramma. De organieke functiebeschrijvingen van het CONDORTijdperk worden in twee jaar tijd vervangen door functiebeschrijvingen op basis van te verwachten resultaten en de daarvoor benodigde competenties. 'Het programma omvat ook een vernieuwde opzet van het beoordelingssysteem, test-systemen en persoonlijke ontwikkelingsplannen'. Voor elke functie worden nu veertien competenties geformuleerd: zes daarvan zijn algemeen geldend, acht competenties zijn functiegebonden, zie figuur 4.9.

Beoordelingscriteria van de VGZ-medewerker van 1997 tot 2000
Uitvoering van de functie

1. Algemene kennis van het werk
2. Probleemoplossing eigen werk
3. Tonen van initiatief / creativiteit
4. Organisatie eigen werk
5. Zelfstandigheid
6. Verantwoordelijkheid
7. Snelheid van werken
8. Kwaliteit van het werk

Klantgerichtheid

1. Wijze van informatie geven
 2. Kwaliteit van de gegeven informatie
 3. Geduld, inlevings- en incasseringsvermogen
 4. Hulpvaardigheid
 5. Snelheid van afhandelen
 6. Samenwerken met collega's
 7. Schriftelijke uitdrukingsvaardigheid
 8. Mondelinge uitdrukingsvaardigheid
-

Tabel 4.4: Beoordelingscriteria van de VGZ-medewerker van 1997 tot 2000

Beoordelingscriteria vanaf 2000
Zes VGZ-brede basiscompetenties

- | | | |
|---------------------|--------------------------------|-----------------|
| 1. Klantgerichtheid | 3. Bereidheid tot samenwerking | 5. Initiatief |
| 2. Leervermogen | 4. Resultaatgerichtheid | 6. Creativiteit |

Klantgerichtheid is omschreven als: anticiperen op behoeften van klanten, hoge prioriteit geven aan service, snel reageren op verzoeken of vragen van de klant, meer of sneller leveren dan is afgesproken en direct reageren op een klacht.

Figuur 4.9: Beoordelingscriteria vanaf 2000

Andere initiatieven binnen het personeelsbeleid zijn een verkenning van de mogelijkheden voor telewerken (vanaf 2002 ingevoerd voor enkele functies binnen Commerciële Zaken en Zorg), de introductie van het caferatiamodel voor arbeidsvoorwaarden vanaf 2003, het bekwamen van de leidinggevenden als coach vanaf 2001, een nieuwe en zakelijker aanpak van het (sterk gestegen) ziekteverzuim en het 2-jaarlijks meten van de medewerkers-tevredenheid vanaf 2000. Samengevat kan het personeelsbeleid door de jaren heen uitgedrukt als in tabel 4.5.

Vernieuwen van de ICT-infrastructuur

Het jaarverslag 2000 vermeldt voor het eerst dat de ICT-infrastructuur niet langer voldoet voor de toekomst. De groei van VGZ, de behoefte aan kwaliteitsverbetering en externe ontwikkelingen zoals e-commerce maken een grondige vernieuwing noodzakelijk: 'Aanpassingen in bestaande systemen en toepassingen kunnen lange tijd soelaas bieden, maar er komt een moment waarop de totale infrastructuur aan vernieuwing toe is'. VGZ start een vooronderzoek met de bedoeling in de volgende jaren een structuur te bouwen 'die volledig is afgestemd op ontwikkelingen als web-technologie, de integratie van IT en telefonie, het verder terugdringen van papierstromen, het meer realtime werken en het uitwisselen van elektronische informatie met derden'. Tot 2000 vindt VGZ het van strategisch belang om de belangrijke automatiseringssystemen voor de backoffice-functies (VISZ, FDIS en DVS) in eigen beheer te ontwikkelen. Nu wordt een andere afweging gemaakt en wordt gekozen voor zoveel mogelijk standaard pakketten. In 2001 start het programma Impuls

(Informatie Master Plan VGZ Lange termijn Strategie) en in 2002 besluit men om OpenZorg van Oracle te gaan implementeren. In 2003 worden de mainframeactiviteiten uitbesteed: 30 VGZ-medewerkers krijgen een aanstelling bij ATOS.

HR-beleid Zorgverzekeraar VGZ					
	Voor '90	1992	1995	2000	2003
Functies: Beschrijving en beoordeling	Gedetailleerd	Functionele omschrijving van taken	Functionele kaders BGB	Ontwikkeling van competenties Competenties belonen	
Opleiding	Taakgericht	Taakgericht en kijkend naar de klant	Taak- en procesgericht kijkend vanuit de klant	Ontwikkelingsgericht	
Arbeids- Markt	Ultieme zekerheid	Uniformering van de interne arbeidsmarkt	Aandacht voor herplaatsing en omscholing	Aandacht voor persoonlijke ontwikkelings- kansen	POP, ontwikkeling van potenties
Arbeids- voorwaarde	CAO is leidend en strak, aangevuld met specifieke arbeids- voorwaarden	1996: 34-uur werkweek Ontwikkeling van specifieke arbeidsvoorwaarden met de nadruk op facilitering en eigen verantwoordelijkheid. Goed werkgever willen zijn, maatschappelijk betrokken (parttime beleid, flexibele inzet van medewerkers, mobiliteitsbeleid).		Ontwikkeling van arbeids- voorwaarden conform MVS en HR visie; flexibele arbeids- voorwaarden met keuzes voor de medewerker	Geautomatiseerd arbeids- voorwaarden keuzesysteem: Menu@
Overleg met OR en vakbond	Over- donderen	Samenwerken	Win-win zoeken	Meedenken	Meedoen

Tabel 4.5: HR-beleid, Zorgverzekeraar VGZ. Bron: hoofd HR van VGZ

Ook het gebruik van Internet neemt hand over hand toe en de integratie van Internet met de bedrijfsprocessen verbetert snel. Aanvankelijk wordt dit medium alleen gebruikt om (eenzijdig) informatie te geven aan (potentiële) verzekerden, maar al snel wordt dit een interactief communicatie- en distributiekanaal. Zo kunnen verzekerden offertes opvragen en aanmeldingen doorgeven. VGZ installeert een applicatie om de bedrijfsvoering rond het e-mail verkeer met verzekerden te professionaliseren en neemt deel aan Privver: een digitale brievenbus van TPG-post waarmee verzekerden bijvoorbeeld uitkeringsspecificaties met een gepersonifieerd declaratieformulier digitaal kunnen ontvangen. Vanaf 2002 kunnen werkgevers en werknemers rechtstreeks aanmeldingen en wijzigingen opgeven via Diginet, wat voor de verzekerdenadministratie de kans op fouten, de werkdruk en de papieren verwerking drastisch verminderd. Ook het declaratieverkeer wordt via Internet verder gedigitaliseerd. Infomedics, een private onderneming, verzamelt nota's van zorgaanbieders op één centraal punt om die vervolgens door te sturen naar de betreffende zorgverzekeraar. Ook de combinatie VGZ, CZ en OZ neemt een dergelijk initiatief: Vecozo (Veilige Internet Communicatie in de Zorg). Met Vecozo kunnen zorgaanbieders declaraties indienen, verzekerdengegevens opvragen en controleren op verzekeringsgerechtigheid. Ziekenhuizen, huisartsenposten en apothekers maken er meer en meer gebruik van.

Processen: op weg naar systeemkwaliteit

De INK-zelfevaluatie leidt zoals gezegd tot het inzicht dat VGZ zich ontwikkeld heeft tot een fase 1 – fase 2 organisatie in INK-termen: VGZ is in 1999 activiteit- en procesgeoriënteerd. De verschillende directoraten en afdelingen functioneren als eilanden, hoewel enige verbindingsmiddelen al wel zijn aangebracht. Het sterke procesdenken van de CONDOR-periode heeft zich niet veel verder ontwikkeld. Daar waar aan processen is gewerkt, bijvoorbeeld bij de Zorgadministratie, beperkt dit zich toch voornamelijk tot de grenzen van het organisatieonderdeel zelf. De regionale verkokering van vóór CONDOR heeft plaatsgemaakt voor de al eerder genoemde functionele verkokering. In de tijd van CONDOR is wel geprobeerd om een vorm van ‘contractmanagement’ in te voeren tussen de verschillende organisatieonderdelen, maar dit is toen niet gelukt. Vanaf 2000 is de tijd wel rijp voor resultaatgerichte afspraken tussen directoraten en afdelingen: er worden Service Level Agreements (SLA's) overeengekomen.

VGZ onderneemt in 2000 een eerste poging om de fase van systeemkwaliteit te bereiken, fase 3 in de terminologie van het INK-managementmodel. Een ambitieus organisatiebreed programma ‘Kwaliteit in Beweging’ (KiB) geeft de aanzet om de bedrijfsprocessen allemaal op het niveau van proceskwaliteit te brengen (fase 2 van het INK-managementmodel), op weg naar systeemkwaliteit. Het KiB-programma maakt onderscheid tussen processen die verbeterd en processen die vernieuwd moeten worden. In het beleidskader Kwaliteit wordt het tempo van het langzaamste organisatieonderdeel gedictéerd: in 2004 moet zo organisatiebreed de fase van systeemkwaliteit bereikt zijn. Dit betekent dat alle bedrijfsprocessen zijn beschreven én op elkaar zijn afgestemd.

Er wordt een nieuw model ontwikkeld voor de bedrijfsprocessen van heel VGZ. Het bedrijfsmodel-VGZ wordt voor het eerst na CONDOR opnieuw en organisatiebreed uitgewerkt. Dit model onderscheidt nu primaire processen (processen die direct gericht zijn op de externe klant), ondersteunende processen (processen die gericht zijn op het ondersteunen van de eigen organisatie) en besturende processen (processen die de primaire en de ondersteunende processen aansturen, monitoren en bijsturen op strategisch, tactisch en operationeel niveau), zie bijlage 10.

Het KiB-programma bewerkstelligt een aantal resultaten. Binnen diverse organisatieonderdelen worden interne reorganisaties en procesverbeteringen doorgevoerd. Zo krijgt de verkoopfunctie een sterke impuls om door te gaan met de via het verkoopbeleidskader ingezette professionalisering. De reorganisatie van de ‘Zakelijke Markt’ wordt via het KiB-programma gerealiseerd, later gevolgd door de reorganisatie van de ‘Consumentenmarkt’. De aansluiting tussen frontoffice (CZ) en backoffice (VA) wordt hersteld. Allereerst via een reorganisatie bij de Verzekerenadministratie, vervolgens door expliciete afspraken die worden vastgelegd in Service Level Agreements (SLA's) en tot slot door het project ‘Instroom – uitstroom’. Onder de paraplu van KiB wordt de telefonie geprofessionaliseerd in een nieuw directoraat Klantcontacten. De ‘contactschillen’ (zie hoofdstuk 5) bij VA en ZGA worden opgeheven: vanuit deze directoraten en CZ worden medewerkers losgemaakt voor dedicated telefonie. Tot slot komt ook binnen het directoraat Zorg het procesdenken langzaam op gang. Deze ontwikkelingen worden toegelicht en in meer detail beschreven in hoofdstuk 5.

Als uitvloeisel van het gebruik van het INK-managementmodel wordt vanaf 1999 meer structuur gebracht in het meten van de waardering van verschillende actoren. Tijdens de SWOT-analyse van 1999 is duidelijk geworden dat Commerciële Zaken wel frequent klanttevredenheidsonderzoek (KTO) uitvoert, maar dat de resultaten hiervan slecht ‘landen’ in de organisatie. Er wordt nu een intern netwerk voor klanttevredenheidsonderzoeken opgezet waarin alle organisatieonderdelen hun interne en externe KTO's aanmelden. De doelstelling van dit netwerk, waarin alle organisatieonderdelen vertegenwoordigd zijn, is deze KTO's te coördineren, te toetsen op kwaliteit en de uitkomsten te vertalen naar de organisatie.

Onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen (Corporate Governance, Modernisering van het toezicht) en de toegenomen interne transparantie, die verbeterd is door de vernieuwde opzet van de rapportagelijijn, wenst VGZ ook naar buiten toe meer transparant te zijn. 'Openheid' is het thema van het jaarverslag 2001. In dat jaar verschijnt ook het eerste Uitvoeringsverslag van de Stichting Ziekenfonds VGZ. VGZ maakt van transparantie een sellingpoint door te streven naar een integraal jaarverslag. In de daarop volgende jaren maakt de VGZ-IZA Groep steeds meer werk van het jaarverslag: vanaf 2003 verschijnt het jaarverslag op Internet, de waardering voor het jaarverslag wordt intern en extern geëvalueerd en met de bevindingen wordt dit verantwoordingsinstrument steeds verder verbeterd.

Opnieuw op zoek naar een fusiepartner

Het KiB-programma komt hierna stil te liggen omdat de verschillende organisatieonderdelen hun eigen tempo en werkwijzen willen volgen. Een organisatiebrede aanpak doet geen recht aan de verschillende beginsituaties van deze organisatieonderdelen, stelt men. Bovendien verschuift de aandacht en energie van intern naar extern: de leiding van VGZ gaat vanaf 2000 actief op zoek naar een fusiepartner. VGZ oordeelt het verzekerdenbestand voor de komst van de basisverzekering opnieuw te klein¹⁷. In het verkoopbeleidskader is opgenomen dat het marktaandeel moet stijgen naar 20% in 2007. Dit betekent een verzekerdenbestand van minstens 3 miljoen mensen. Dit is alleen te bereiken door middel van een fusie met één of meerdere andere zorgverzekeraars. De zorgverzekeraarsmarkt wordt gescand op potentiële fusiekandidaten en de eerste oriënterende gesprekken vinden plaats.

IZA Nederland en Univé

Een eerste optie is fuseren met IZA Nederland en Univé. In maart 2002 wordt door de drie partijen een intentieverklaring getekend waarin zij aangeven 'gezamenlijk geïntegreerde oplossingen te willen bieden aan klanten op het gebied van zorg, wonen, veiligheid en mobiliteit. Na verschillende onderzoeken worden de fusiebesprekingen afgebroken, omdat de beoogde voordelen naar verwachting niet of niet snel genoeg kunnen worden gerealiseerd. Een persbericht meldt in juni 2002: '...Er is gebleken dat de beoogde synergie van de fusie op het gebied van IT en cross-selling eerst op langere termijn ontstaat. Daarnaast levert de omvang van de noodzakelijke verandering grote risico's op voor de kwaliteit van de dienstverlening'. De intentieverklaring wordt opgezegd.

Na een pas op de plaats worden de besprekingen met IZA voortgezet en met ingang van 1 januari 2004 is de fusie van VGZ met IZA-Nederland een feit. In november 2004 wordt de instemmingprocedure met de Nederlandsche Bank afgerond en is de herstructurering een feit. Het bestuurscentrum wordt aanvankelijk in Gorinchem gevestigd. Dit besluit wordt na een jaar teruggedraaid als blijkt dat de aansturing op fysieke afstand niet effectief verloopt en de reistijden van vooral het management teveel inefficiency veroorzaken. Nijmegen wordt dan het hoofdkantoor van de VGZ-IZA Groep. De organisatiestructuur die nu ontstaat, is geschetst in figuur 4.3.

Vanuit de RVE VGZ geredeneerd ontstaat nu een soort binnen-buitenwereld: binnen de VGZ-IZA Groep ontstaan drie resultaatverantwoordelijke eenheden die in principe nevensgeschikt zijn (even belangrijk), maar die in de praktijk in de jaren 2004 – 2005 hun onderlinge verhouding moeten vinden. De verschillende omvang van de RVE'en, qua aantal verzekerden en aantal medewerkers, de verschillende omgeving waarin zij opereren (concurrerend of in een monopoliepositie) en de verschillende relaties met de Raad van Bestuur (op afstand of niet) zijn hier debet aan. Eind 2005 zijn de verhoudingen nog niet volledig uitgekristalliseerd: mogen VGZ en IZA onderling concurreren? Hoe worden kosten doorberekend? Is de VGZ-IZA Groep nu één organisatie of toch nog niet? De Competence Centers werken voor de drie

¹⁷ Op 9 januari 2003 passeert VGZ de grens van 2 miljoen verzekerden.

RVE'en, maar ook zij moeten deze interne klanten nog als klant gaan zien. De corporate staven en service centers, werkend voor de gehele organisatie, zijn vanuit de historie gewend om zelfstandig beleid te maken. Opeens komt dat beleid in een ander daglicht te staan: dat van opdrachtgever en opdrachtnemer. De drie RVE'en hebben ook nog eens verschillende behoeften, waar deze staven op in moeten spelen. De organisatieontwikkeling vanaf 2006 zal daarom het thema 'opdrachtgever-opdrachtnemer' verder uitwerken, wat inhoudt dat ook de staven hun processen, producten en diensten moeten verhelderen, stroomlijnen en in dienst moeten zetten van de ambities en behoeften van de RVE'en.

Interpolis

Een poging om via een joint venture met Rabobank dochter Interpolis een nieuwe ziektekostenverzekeraar op te richten, Interpolis Zorgverzekeringen (IZV) wordt in 2003 abrupt afgebroken. De Rabobank heeft namelijk de ambitie om marktleider te worden met een marktaandeel van 25%. In 2004 fuseert Interpolis met Achmea.

Trias

In mei 2004 wordt publiek gemaakt dat Trias¹⁸ opteert voor een strategische samenwerking met VGZ-IZA. Eind 2004 wordt de intentie tot fusie uitgesproken. Trias motiveert deze fusie met twee argumenten: de organisatie is te klein om de noodzakelijke investeringen te kunnen dragen en Trias krijgt via de fusie de mogelijkheid om de zorginkoop te verbeteren. Trias behoudt bovendien een zekere zelfstandigheid doordat de organisatie als een herkenbare eenheid binnen de coöperatie zal gaan functioneren. Voor de VGZ-IZA Groep is belangrijk dat door de fusie de groeistrategie van minimaal drie miljoen verzekerden gerealiseerd wordt en dat de werkgebieden van de organisaties mooi op elkaar aansluiten. De kennis van Trias van Oracle OpenZorg is voor de organisatie een bijkomend voordeel. Op 14 maart 2005 wordt de fusieovereenkomst getekend. Binnen de nieuwe organisatie behouden alle verzekeringslabels hun bestaansrecht. In juridische zin krijgt de fusie VGZ-IZA en Trias zijn beslag in 2006. Uiterlijk in 2010 zijn de werkorganisaties in juridische zin samengevoegd.

De nieuwe organisatie gaat met 3.000 medewerkers zo'n 3,4 miljoen verzekerden bedienen. Eind 2005 wordt een nieuw Missie-Visie-Strategiedocument ontwikkeld.

De missie van VGZ-IZA en Trias luidt vanaf 2005: 'Onze klanten zijn verzekerd bij de beste zorgverzekeraar. Zij zijn onze inspiratiebron en hun waardering telt. Wij bieden hen zekerheid in de vorm van de best mogelijke zorg. Ook dragen wij bij aan hun gezondheid en gevoel van vitaliteit. Onze leden waarderen onze betrokkenheid en wij hebben een reputatie als toonaangevend maatschappelijk ondernemer'. De speerpunten die in de visie en strategie worden uitgewerkt zijn: 'waardering van onze klanten, zorginkoop voor onze klanten en maatschappelijk ondernemen'.

De Goudse

In juli 2005 krijgen alle medewerkers van de VGZ-IZA Groep stroopwafels, als bekend wordt dat een samenwerkingsovereenkomst is getekend met De Goudse Verzekeringen. 'De Goudse en VGZ-IZA zien grote marktkansen voor het intermediair in de collectieve zorgverzuijmarkt die vanaf 1 januari 2006 ontstaat. Binnen deze samenwerking werken partijen aan een gecombineerd zorg-verzuim product. De Goudse en VGZ-IZA zullen dit product naast hun zorgproducten gaan verkopen onder eigen label. De zorgportefeuille van De Goudse zal worden overgedragen aan Trias, vooruitlopend op de voorgenomen fusie van Trias met VGZ-IZA. De uitvoering van de portefeuille (mutatieverwerking, declaratieverwerking en telefonie) zal ook plaatsvinden bij Trias in Gorinchem. De betrokken medewerkers van De Goudse zullen per 1 oktober a.s. overgaan naar Trias', aldus het persbericht over deze samenwer-

¹⁸ De VGZ-IZA Groep en Trias kennen elkaar: de voorzitter van de Raad van Bestuur van Trias heeft bij VGZ gewerkt.

king. De Goudse voert zelf alle verkoopactiviteiten uit. Eind 2005 heeft De Goudse 55.000 verzekerden. Met ingang van 1 januari 2006 neemt VGZ-IZA-TRIAS het risicodragerschap van De Goudse over

Opnieuw Univé

In 2005 wordt de kennismaking met Univé hervat. Intern wordt gecommuniceerd waarom de situatie sinds 2002, toen de partijen in goede sfeer uit elkaar gingen, gewijzigd is. Univé blijkt nu een aantrekkelijke partij:

‘We hebben ons meteen gericht op de aandachtspunten van destijds. Ook hebben we de toegevoegde waarde opnieuw beoordeeld vanuit het perspectief van de huidige missie, visie en strategie van VGZ-IZA-Trias. Onze conclusie is, dat samenwerking nu wel degelijk een sterke toegevoegde waarde oplevert. Door een samenwerking met Univé verbeteren we de balans in onze verzekerdenportefeuille: er ontstaat meer evenwicht tussen het aandeel van de individueel verzekerden en het aandeel van de collectief verzekerden in ons bestand. Een betere landelijke spreiding versterkt ons marktleiderschap en onze zorginkoopkracht. En uiteraard biedt een samenwerking ons een beter financieel vangnet. Hierdoor blijven we in staat onze verzekerden de aandacht te geven die ze verdienen’.

In 2005 merkt de organisatie nog weinig van deze voorbereidingen. Vanaf 2006 worden de voorbereidingen voor een fusie geïntensiveerd. Op 10 mei 2006 wordt de samenwerking bekend gemaakt en op 10 oktober geeft de NMa toestemming voor de fusie, die op 1 januari 2007 effectief wordt.

Het is de eerste grote fusie sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Dit stelsel koste Univé (754.000 verzekerden) 95.000 klanten. De collectivisering van de markt is een belangrijke drijfveer achter de fusie. VGZ is sterk in de collectieve zorgmarkt, Univé in de individuele markt. En dat zou zomaar om kunnen slaan. Je kunt je een situatie voorstellen dat bijna iedereen collectief verzekerd is. Dan heeft het geen voordeel meer. Wij zetten daarom in op zowel collectief als individueel. Door de fusie wordt het kritieke punt van 25% van de markt benaderd. Maar we zijn heel gelijkmatig over het land verdeeld. Juist de regionale aanvulling is, samen met een breder draagvlak voor automatisering en een groter verkoopnetwerk, een van de argumenten voor de fusie (NRC, 10 mei 2006)

4.2.5. Op weg naar de standaardverzekering: 2004 - 2005

Deze laatste paragraaf beschrijft de voorbereidingen van de VGZ-IZA Groep op de komst van de basisverzekering die op 14 juni 2005 zonder noemenswaardige problemen wordt aangenomen door de Eerste Kamer. Omdat de in dit onderzoek betrokken functies van Zorgverzekeraar VGZ vanaf 2004 grotendeels zijn opgegaan in de RVE VGZ, gaat deze paragraaf vooral over deze RVE VGZ.

De missie van de VGZ-IZA Groep, zie paragraaf 4.1, wordt uitgewerkt in een visie, die weer uit Succes Bepalende Factoren (SBF'en) bestaat. Het aantal SBF'en wordt teruggebracht van veertien naar acht: marktaandeel, klantloyaliteit, leveranciersloyaliteit, maatschappelijk ondernemerschap, medewerkerswaardering, resultaatgericht en inspirerend werkklimaat, rendement en de kwaliteit van de interne bedrijfsvoering. Het aantal beleidskaders wordt uitgebreid, zie tabel 4.6.

Beleidskaders vanaf 2004

Leiderschap/Strategie en Beleid

Bestuur en Organisatie; Beleids- en uitvoeringscyclus (inclusief Corporate Projectenbeheersing); Verkoop- en distributiebeleid; Marketing en Communicatiebeleid; Zorginkoopbeleid; Kwaliteitsbeleid.

Management van medewerkers

HRM (inclusief mensvisie).

Management van middelen

Financieel beleid; RVVZ; ICT-beleidskaders; Inkoop/procurement; Facilitair beleid.

Management van processen

Beleidskader AO; Security/veiligheid; Controlefilosofie IZA en VGZ.

Tabel 4.6: Beleidskaders vanaf 2004

De voorbereidingen voor de nieuwe zorgverzekering domineren de jaren 2004 en 2005 voor de RVE VGZ. Er worden verschillende programma's en projecten opgezet om de overgang van het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering naar de nieuwe zorgverzekering goed te laten verlopen.

Do Well

In 2004 start de RVE VGZ een Do Well-traject dat als doel heeft de klanttevredenheid te verhogen, de concurrentie beter aan te kunnen en de komst van de standaardverzekering optimaal te kunnen ondersteunen. Het Do Well-traject, zie tabel 4.7, loopt van 2004 tot medio 2005.

Do Well acties, enkele voorbeelden
<p><i>VGZ is toegankelijk:</i></p> <p>Beleid over telefoonnummers verbeteren, Tevredenheid over telefonische contacten verbeteren, Wachtijdwinst realiseren (toegankelijkheid van de zorg)</p>
<p><i>VGZ levert goede service:</i></p> <p>Snelheid van offerte versturen, mail beantwoorden, declaratiebetaling verbeteren, Foutpercentages verminderen, Service calls invoeren: bijvoorbeeld klanten nabellen om te vragen of de klacht goed is afgehandeld, Klachtenprocedure verbeteren, Gidsfunctie ontwikkelen, Exclusieve voordelen voor VGZ-verzekerden realiseren (Thaise kroon, Etos e.d.), Administratieve paragraaf ontwikkelen voor contracten met zorgaanbieders, Diginet invoeren: de zakelijke markt kan aanmeldingen/mutaties digitaal doorgeven</p>
<p><i>De verzekerde is deel van de VGZ-familie:</i></p> <p>Voordeel voor leden, Communicatieve uitingen persoonlijk maken, Relatie met de zakelijke markt en ATP verbeteren</p>

Do Well acties, enkele voorbeelden
<p><i>VGZ is transparant:</i> Bid-team bij aanbesteding zakelijke markt, Taalgebruik verbeteren, Ontwikkelen Michelingids zorgaanbieders.</p>

Tabel 4.7: Do Well acties. Bron: Vignet 2005

Op basis van de resultaten van klanttevredenheidsonderzoeken en interne signalen worden door de directoraten CZ, Zorg, VA, ZGA en KC ruim 50 verbeteracties opgepakt, verdeeld over vier gebieden, zie tabel 4.7. Het doel hiervan is qua service en klanttevredenheid te gaan behoren tot de top drie van zorgverzekeraars in Nederland. In juli 2005 wordt het Do Well programma geëvalueerd en op enkele projecten na afgesloten. De resultaten van de projecten (verbeteracties) zijn dan opgenomen in de going-concernactiviteiten. De VGZ-verzekerden waarderen deze resultaten positief, zo blijkt uit een specifiek klanttevredenheidsonderzoek onder ziekenfonds- en particuliere verzekerden. In de meting van de klantwaardering door andere partijen eind 2005 (Consumentenbond, KiesBeter.nl) is deze hogere waardering nog niet helemaal zichtbaar.

PINPAS, SPA en de Eenmalige transitie

Voor het opschalen van de automatiseringssystemen en het aanpassen van de verzekeringsvoorwaarden voor de standaardverzekering en aanvullende pakketten worden programma's uitgewerkt die qua intensiteit vergelijkbaar zijn met CONDOR.

Het aanpassen en opschalen van de automatiseringssystemen is noodzakelijk om de nieuwe zorgverzekering voor de huidige grote aantallen verzekerden uit te kunnen voeren. VGZ gaat over van de in eigen beheer ontwikkelde systemen (zie hoofdstuk 5) naar Oracle OpenZorg, een landelijk ontwikkeld systeem waar meer zorgverzekeraars mee werken.

PINPAS/SPA

PINPAS staat voor Programma Invoering Nieuw Proces en Administratie Systeem. Dit programma begint in 2002 onder de naam Generieke Backoffice (GBO). De aanleiding hiervoor is de zorg bij het topmanagement en de RvC dat de oude ICT-systemen en werkwijzen binnen de organisatie de druk van het toegenomen aantal verzekerden en de nieuwe zorgverzekering niet aan zullen kunnen. 'We kunnen niet harder werken dan we nu doen; we moeten slimmer gaan werken'.

De aangestelde programmadirecteur streeft naar een volledig nieuw op te zetten administratiekantoor, los van Zorgverzekeraar VGZ. Dit 'witte fabriek concept' moet in de toekomst voor meerdere zorgverzekeraars kunnen gaan werken. Dit uitgangspunt, met allemaal nieuwe mensen en een heel nieuwe cultuur, is voor VGZ echter een brug te ver: er ontstaat een soort opstand in de eigen organisatie. Het programma gaat na een breuk met de programmadirecteur enige maanden verder als Interne Generieke Backoffice (iGBO) en wordt later omgedoopt tot PINPAS. PINPAS wordt uitgevoerd in de periode eind 2003 tot 1 januari 2006. Terugkijkend kunnen drie fasen onderscheiden worden in dit programma, qua focus en aansturing.

De eerste fase staat in het teken van de 'bouw' van nieuwe applicaties. Het ontwerpdocument PINPAS beschrijft welke processen herontworpen zullen worden en de relatie met de aanpalende systemen. Er wordt daarbij lang gediscussieerd over wat wel en wat niet door PINPAS wordt opgepakt. Vijf projecten met in totaal 14 deelprojecten gaan van start. Een aparte bouworganisatie ontwikkelt Oracle OpenZorg voor Zorgverzekeraar VGZ. In eerste opzet is het de bedoeling met

standaard programmatuur en processen te gaan werken. Op verzoek van de organisatie wordt echter veel maatwerk aangebracht in de oorspronkelijke standaardprogrammatuur. Het programma wordt in deze fase zeer democratisch aangestuurd: iedereen praat en beslist overal over mee. De planningen worden echter niet gehaald en de resultaten blijven achter. De start van de proefproductiefase op 1 december 2004 staat onder druk. Deze fase wordt afgesloten met een eerste 'crisis', als het onbegrip en wantrouwen tussen de 'bouworganisatie' en de 'lijnorganisatie' groeit. Als gevolg hiervan wordt het programma medio februari 2004 gesplitst in bouw en implementatie.

In juni 2004 start de tweede fase, als de focus van het programma en de aansturing worden gewijzigd. De aandacht verschuift van de te bouwen onderdelen naar de te ondersteunen processen en systemen. Er wordt een nieuw programmabestuur ingericht waarin de lijnorganisatie dominant wordt. De nieuwe voorzitter dwingt samenwerking af: bouw en implementatie zijn tot elkaar veroordeeld. In een nieuw 'scopedocument' wordt een integrale benadering van het programma uitgewerkt. PINPAS is geen ICT-project: het is *ook* een ICT-project. Immers, alle 18 onderscheiden processen worden herontworpen, werkinstructies worden aangepast aan de nieuwe manier van werken en medewerkers worden opgeleid voor het werken met OOZ en voor de nieuwe zorgverzekering.

Door vanaf nu langs de lijn van de processen te gaan denken, wordt inzichtelijk waar de echte knelpunten liggen. Er worden 'domeinen' benoemd die worden bestuurd door domeinhouders (bouw, testen, beheersorganisatie, implementatie, aanpalende gebieden, enzovoort). Deze domeinhouders zijn collectief verantwoordelijk voor het te bereiken resultaat. Er ontstaat een grote interne druk om de gedefinieerde mijlpalen in de planning te halen.

De derde fase start als duidelijk wordt dat het zo nog niet gaat. De relatie met de automatiseerder en de interne ICT-organisatie is niet optimaal en de conversies geven continu te veel uitval. In december 2004 stelt de implementatiedirecteur: 'Ik weet 600% zeker dat ik niet in proefproductie kan'. In de 'Go Forward Meeting' op 21 december 2004 besluiten de Raad van Bestuur, het programmabestuur, de Interne Accountantsdienst en de externe accountant dat de organisatie 100% gaat voor de invoering van de zorgverzekeringswet met OOZ. Het fall back scenario, waarin ook de oude systemen worden aangepast voor de stelselwijziging wordt *niet* uitgevoerd. De proefproductie start op 15 februari 2005 en de gefaseerde in productie name op 13 mei 2005. De voorzitter van het programmabestuur besluit tot een éénhoofdige programmaleiding die de integrale planning bewaakt en bijstuurt. Iedereen snapt dat dit op dit moment in het proces noodzakelijk is, de tijd van discussiëren is voorbij. De beheersorganisatie die in dit programma ontwikkeld is, wordt ondergebracht in de lijnorganisatie: het POB (Procesontwikkeling en Beheer) is een feit. Ook wordt duidelijk wie de nieuwe proceseigenaren worden.

POB

Binnen de RVE VGZ worden rond maart 2005 de engineeringafdelingen van de verschillende directoraten in een nieuwe afdeling geconcentreerd, het POB: Procesontwikkeling en – Beheer. Het (functioneel) beheer van de processen kan verbeterd worden door een integrale aanpak. Het POB wordt in clusters georganiseerd en op drie locaties gehuisvest: het cluster Procesontwikkeling Directe klantprocessen (DKP) in Nijmegen, het cluster Procesontwikkeling Polis en Financiële processen (PFP) in Tilburg, de clusters Procesontwikkeling Declaraties en Ondersteunende processen (DOP), Testen en Procesondersteuning in Eindhoven.

Het programmabestuur presenteert in januari 2005 een nieuwe planning, met ruim 600 geprioriteerde issues. Ook worden de eerste SUI-teams ingericht (Service Unit Implementatie). Tachtig ervaren gebruikers gaan de functionaliteit en het gebruiksgemak van de nieuwe applicaties testen.

De planning is om 15 mei 2005 in productie te gaan met OpenZorg. Er wordt lang gezweven over uitstel, maar in april wordt gezegd wat iedereen dan al weet: we gaan deze planning niet halen. Er worden nu drie mogelijke scenario's ontwikkeld: toch op 15 mei kaal (zonder historische gegevens) converteren, op 1 januari 2006 met historie converteren of op 1 januari 2006 kaal converteren. Het programmabestuur adviseert een alternatieve conversie- en implementatiestrategie: het op grote schaal meeconverteren van historische verzekerdegegevens (b)lijkt een brug te ver. De Raad van Bestuur kiest voor deze strategiewijziging. OOZ gaat op 1 januari 2006 in productie, uitsluitend de

verzekerdengegevens worden geconverteerd en de oude systemen blijven tijdelijk in de lucht voor de administratie van voorgaande jaren. Deze ingrijpende besluiten betekenen niet dat het vanaf dat moment minder druk wordt, integendeel. 'Een alternatief scenario is altijd minder goed dan het oorspronkelijke idee'. Er wordt nu ook besloten om de projecten SPA en ET integraal met PINPAS te gaan plannen. Doordat de tijd dringt, komt er nieuwe energie los. Iedereen raakt gefocust op het welslagen van deze ombouw.

SPA en ET

SPA staat voor 'Strijdplan Standaardverzekering Pakketombouw'. VGZ verwacht dat de concurrentie toeneemt door de komst van de nieuwe zorgverzekering. Men besluit de huidige pakketstructuur en naamgeving te handhaven en deze inhoudelijk aan te passen aan de nieuwe Zorgverzekeringswet. Om voor december 2005 iedere verzekerde een concrete individuele aanbieding te kunnen doen, moeten eerder dan in voorgaande jaren de premies worden berekend. Onder de naam 'Eenmalige transitie' (ET) wordt de informatievoorziening aan de verzekerden gecoördineerd. Het motto van VGZ voor de nieuwe zorgverzekering is 'comfort': de verzekerden zijn en blijven goed verzekerd bij de VGZ-IZA Groep, is de boodschap.

Vanaf mei 2005 begint het programma steeds beter te lopen. De leidende vraag wordt: 'wat moet er wanneer staan om dit te laten werken?' Alles wat afleidt wordt geschrapt. De conversie zonder historie is een succes, waardoor het vertrouwen groeit. Midden 2005 staat de thermometer van de PriceWaterhouseCoopers-audit, georganiseerd in opdracht van het Ministerie van VWS, voor VGZ op oranje. (In totaal staan op dat moment drie zorgverzekeraars op rood, drie zorgverzekeraars op oranje en de rest op groen.) Op 24 september 2005 organiseert de VGZ-IZA Groep voor alle medewerkers en familie een energy-dag op Papendal: 'een onmisbare energiestoot voor de tweede helft van het jaar'. In het najaar 2005 wordt de druk van de nieuwe zorgverzekering voelbaar in de hele organisatie. Via een met militaire precisie opgezette planning en een centrale sturing (vanuit een warroom PINPAS/SPA en met een 'commandostructuur' in de directie) worden diverse activiteiten uitgevoerd:

- In het weekend van 5 en 6 november worden in Den Haag bij Cendris 2,7 miljoen polissen geprint. Het kwaliteitsniveau van deze activiteit is hoog: 99,9% van alle polissen worden automatisch en goed geprint. Een fout bij 16.000 ex-izz'ers wordt tijdig ontdekt en gecorrigeerd voor de polissen de deur uit gaan.
- De reclamecampagne gaat van start op televisie, radio, via buitenreclame en in tijdschriften en dagbladen. 'Alle aandacht' is voor dit jaar het motto, waarmee wordt uitgedrukt dat de verzekerde voor VGZ centraal staat.
- Van 14 november tot 31 december gaat Commerciële Zaken in zes postkantoren in Tilburg, Nijmegen, Oss, Waalwijk, Roermond en Weert informatiebalies bemensen om mensen voor te lichten.
- Begin november wordt de computerruimte voorzien van extra koeling, stroom en een versterkte vloer voor de komst van de IBM P5 model 595 een Unix-systeem (64 power5 processoren en 256Gb intern geheugen, gewicht 2.500 kilo) en de IBM DS8300 een opslagsysteem (met een capaciteit van 19 Terrabyte opslag, uitbreidbaar tot 192Tb, 32Gb cachegeheugen en processorcapaciteit van 77.000 10 opdrachten per seconde, gewicht 1.800 kilo). Deze nieuwe apparatuur moet de nieuwe kernapplicaties OpenZorg en OpenBeleid van een goede performance verzekeren.
- Op 7 november maakt VGZ zijn premie voor de basisverzekering bekend. Op 8 november toont het NOS-journaal hoe het eerste 'mailpack' door de voorzitter van de Raad van Bestuur wordt aangeboden aan een VGZ-verzekerde. Deze mailpacks, met daarin het VGZ-aanbod voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen, worden in bulk en verspreid in porties van 100.000 tot 200.000 stuks verzonden. Dit om het eventuele telefoonverkeer aan te kunnen.
- Via een multichannelbeleid (via antwoordkaarten, telefonisch en via voice response en elektronisch via Internet), kunnen verzekerden op dit aanbod reageren. Verzekerden die vóór 6 december op het aanbod van VGZ reageren, krijgen voor 1 januari 2006 een geactualiseerde polis thuis.
- In het najaar van 2005 worden ruim 1.000 medewerkers opgeleid om te werken met OpenZorg.
- De website VGZ.nl is opnieuw ingericht voor de nieuwe zorgverzekering. De volgende onderdelen zijn vernieuwd: online premieberekening, online offerte, online aanmelding, een

nieuw onderdeel vergoedingen & zorg, een nieuw onderdeel zorgverleners, een aangepast menu thuis, een aangepast menu zakelijk, aangepaste verzekeringsschema's en aangepaste doelgroeppagina's.

- Om het verwachte telefoonaanbod rond de nieuwe zorgverzekering op te vangen wordt extra capaciteit ingezet. Met ingang van 1 september 2005 wordt een nieuw Aanvullend Call Center gestart in Heerlen, het ACC. Hier worden 125 'agents' (circa 200 medewerkers) voor het label VGZ ingezet.
- Begin december starten de opleidingen voor de medewerkers van Klantcontacten, de verzekeringswinkels, SIZ Delft en ACC in Heerlen om te gaan werken met de Klantbeeld Applicatie en Dialoogondersteuning (KADO) versie 5.2. Deze applicaties sluiten aan op Oracle Open Zorg 5.2.
- De applicatie OpenZorg 5.2 gaat op 5 januari 2006, geheel volgens planning en zonder problemen in productie. Het nazorgtraject, waarin vragen, wensen, problemen en fouten worden opgevangen, is volledig gestandaardiseerd. Bij de Servicedesk van het POB zijn tijdelijk drie maal zoveel mensen beschikbaar.
- De uitval van de polissen is uniek voor VGZ: 8 op de 1,3 miljoen polissen zijn niet goed geconverteerd. Dit is een percentage van 99,9994% goed.

De prolongatie en de incasso in 2006 is weer regulier werk. PINPAS/SPA wordt als programma afgesloten met een decharge van het programmabestuur op 6 februari 2006. Het nazorgtraject zal in 2006 nog de nodige aandacht vragen.

Nog enkele feiten:

Er zijn 18 processen geoptimaliseerd en 403 nieuwe werkinstructies ontwikkeld. Er zijn 4.522 logische testen uitgevoerd tijdens de acceptatietesten, die 4.598 bevindingen opleverden. Er zijn voor dit programma 408.000 uren geregistreerd door 457 verschillende mensen. Oracle experts ontwikkelen met een truc het langste if-then-statement. Dit statement past namelijk niet binnen de maximale veldlengte van 32 Kb. Er worden 901 mensen opgeleid voor OOO en 1282 mensen voor de nieuwe zorgverzekering.

De 'winst' van het PINPAS/SPA-programma is tweeledig en ligt zowel in de harde – als in de zachte structuur. Concreet biedt de invoering van Oracle OpenZorg voor de toekomst voldoende mogelijkheden om de dienstverlening aan de klant verder te ontwikkelen. Dit pakket en de nieuwe werkprocessen bieden diverse extra functionaliteiten die het mogelijk maken in de toekomst meer maatwerk te leveren voor strategisch te onderscheiden klant-segmenten. Bovendien, zo stelt het management van de RVE VGZ, is duidelijk geworden dat de klant echt leidend moet zijn bij de inrichting van de bedrijfsprocessen. De integratie tussen de tot nu toe gescheiden directoraten, wordt mogelijk door de processen die door deze directoraten lopen, klantgericht in te richten en aan te laten sturen door proceseigenaren. 'Als we één ding hebben geleerd van PINPAS/SPA, dan is het samenwerken en een integrale sturing binnen dergelijke programma's'.

De ontwikkeling van de RVE VGZ

De laatste twee jaar van deze gevalsbeschrijving is binnen de RVE VGZ een belangrijke omslag gemaakt. Deze omslag wordt getypeerd door een nieuwe sturingsfilosofie: samenwerken, samen sturen op de going concernactiviteiten en de belangrijke projecten, werken met proceseigenaren voor de processen binnen de RVE VGZ en de inrichting van een centraal POB. Het zijn voorbeelden van een nieuwe fase in de organisatieontwikkeling.

Ook de klant komt steeds beter in beeld. Instrumenten die worden ingezet om de klantgerichtheid verder te vergroten zijn onder andere:

- de introductie van de event-monitor: na een verbeteractie wordt aan VGZ-kanten die hiermee specifieke ervaring hebben, gevraagd of en hoe zij deze kwaliteitsverbetering ervaren;
- het verbeteren van de afhandeling van klachten. Klachtenbehandeling was een zwak punt van VGZ volgens de klanttevredenheidsonderzoeken. Naar aanleiding hiervan is een nieuwe afdeling klachtenmanagement ingericht en een nieuwe werkwijze ontwikkeld; in 2006 wordt deze procedure gecertificeerd. De Ombudsman Zorgverzekeraars geeft de afdeling klachtenmanagement een compliment voor de gekozen aanpak;
- ook resultaten van de do-wells worden zichtbaarder. De kwaliteit van de output wordt verbeterd door een nieuwe schrijfwijzer. Ambtelijke taal wordt uitgebannen, brieven worden persoonlijker en duidelijker voor de ontvanger;
- het directoraat Klantcontacten neemt diverse maatregelen om de telefonie te professionaliseren, begrippen als 'first time completion' en 'first time right' worden gemeengoed en sturingsinstrumenten, zie paragraaf 5.4.

Hier eindigt de organisatiebrede beschrijving van de ontwikkeling van VGZ in de periode 1989 tot 2006. Vanaf 2006 wordt via een complex migratietraject de juridische structuur uit paragraaf 4.1 omgezet in een aantal nieuwe NV's. De verdere ontwikkeling van de organisatie wordt vanaf 2006 vormgegeven langs drie lijnen: het verder uitwerken van de opdrachtgever - opdrachtnemer relatie; het invoeren van een kwaliteitsbeleid en het doorontwikkelen van de klantgerichtheid van de organisatie. Hoofdstuk 5 gaat dieper in op de functies die in dit onderzoek zijn betrokken, de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie, de administratie- en de informatiefunctie.

5 Functies nader bekeken

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de in dit onderzoek betrokken kernfuncties van Zorgverzekeraar VGZ: het verzekeren van zorg (de verkoopfunctie), het inkopen van zorg (zorginkoop), de informatie- en de administratiefunctie¹. De organisatieonderdelen binnen VGZ die deze functies uitvoeren hebben in de onderzoeksperiode verschillende namen gekend, zoals hiervoor is beschreven.

De beschrijving van deze functies beslaat de volledige onderzoeksperiode, van 1989 tot 2006. Beleidsbepalende documenten uit deze tijd geven duidelijk aan hoe het management van VGZ de omgevingseisen op enig moment waardeert en deze vertaalt in beleid, in de organisatiestructuur, in bedrijfsprocessen, in ICT-eisen en in functie-eisen van medewerkers. Via interviews met sleutelfiguren is meer inzicht verkregen in de ratio achter deze beleidswijzigingen. De interviews gaven ook meer gevoel voor de impact van de soms ingrijpende organisatiewijzigingen van VGZ in de onderzoeksperiode.

Wat is de core-business van Zorgverzekeraar VGZ?

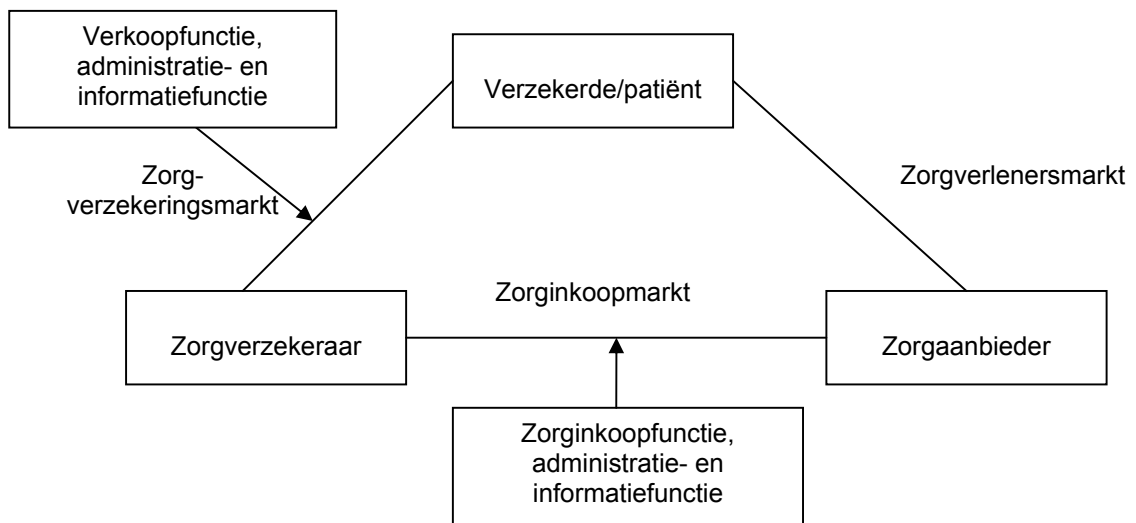
Voordat wordt ingegaan op de ontwikkeling van de genoemde kernfuncties, wordt een intern dilemma geschetst. In de interviews met de VGZ-medewerkers kwam dit dilemma een aantal keren naar voren: wat is eigenlijk de core-business van een *zorgverzekeraar*?

De missie van Zorgverzekeraar VGZ is vastgesteld door het topmanagement van de organisatie, zie hoofdstuk 4, en geeft duidelijk aan waar de organisatie voor staat. Daar zou dus geen twijfel over hoeven te bestaan. Maar dieper in de organisatie blijkt hier nog wel eens verschillend over gedacht te worden. In hoofdstuk 3 is een schematische weergave van de Nederlandse gezondheidszorg geschetst, zie figuur 3.1. De zorgverzekeringsmarkt wordt bediend door de verkoopfunctie. De zorginkoopmarkt wordt bediend door de zorginkoopfunctie. Beide markten worden bediend door de informatiefunctie en de administratiefunctie, zie figuur 5.1.

Het hart van de ziekenfondsorganisatie van vóór 1989 was onmiskenbaar de administratie. Daar werkten de meeste mensen, daar lag het bestaansrecht van de organisatie. In 2005, aan het eind van de onderzoeksperiode, heeft deze administratieve functie binnen Zorgverzekeraar VGZ niet meer die vanzelfsprekende centrale positie. Men kan stellen dat Zorgverzekeraar VGZ, gedwongen door toenemende druk van de omgeving, niet langer één hart heeft maar minstens drie. Harten die strijden om voorrang bij het stellen van prioriteiten en om een zo groot mogelijk deel van de bedrijfsmiddelen. Er leven bij de geïnterviewden in 2003², enigszins uitvergroot om de verschillen duidelijk te maken, drie visies ten aanzien van de (toekomstige) core-business van een zorgverzekeraar in het algemeen. Afhankelijk van de functie die iemand bekleedt in de organisatie, ziet de betrokkene vooral de eigen omgevingssector als dominant voor de totale organisatie.

¹ De financiële – en salarisadministratie blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

² In 2003 zijn de interviews afgenomen.



Figuur 5.1: Ordeningsmodel van de Nederlandse gezondheidszorg en de kernfuncties

Visie 1, verwoord door de verkoopfunctie van VGZ, zegt dat een zorgverzekeraar voornamelijk een verzekeraar van risico's is. VGZ verzekert de kosten van zorg. Dit is de meer commerciële visie van een schadeverzekeraar. Maatwerk in polissen, premiedifferentiatie, strenge selectie- en acceptatiecriteria en rendementsberekeningen en een perfecte service voor de onderscheiden klantsegmenten zijn woorden die in deze visie passen. De relevante omgeving bestaat voornamelijk uit (potentiële) collectiviteiten (zakelijke klanten) en individuele verzekerden, assurantietussenpersonen (ATP's), intermediairs en volmachten en uit concurrenten. De klant is op het moment van aankoop van een polis gezond: hij wil de grootst mogelijke dekking tegen de laagst mogelijke premie.

In de periode van 1989 tot 2005 is de omgeving van de verkoopfunctie veranderd van nagenoeg niet competitief tot sterk competitief, zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven. De 'strijd om de verzekerde' concentreert zich elk jaar rond de jaarwisseling. Een commercieel jaar loopt van september, als de wervingsacties starten, tot mei van het jaar daarop, als de laatste mutaties van verzekerden worden verwerkt.

Strategische doelstellingen voor de verkoopfunctie zijn een verzekerdenbestand met een gezonde samenstelling en van een toereikende omvang, te realiseren door behoud en groei. Instrumenten die ingezet moeten worden om de markt te bedienen zijn onder andere: een goed distributiebeleid, periodieke klanttevredenheidsonderzoeken, een marktbenadering op basis van een uitgekende klantsegmentatie, bijvoorbeeld gebaseerd op klantwensen, de omvang van de markt, de concurrentie en de klantwaarde (het rendement), en een toereikend budget voor productontwikkeling en marktwerking, ICT die een integraal klantbeeld mogelijk maakt en een callcentrum dat ook als verkoopkanaal ingezet wordt. Commerciële medewerkers houden zich vooral bezig met acquisitie en hebben hiervoor harde verkoopdoelstellingen. De provisieregelingen leggen de juiste incentives.

De relatie met andere organisatieonderdelen is gericht op productontwikkeling en op het realiseren van een concurrerend prijs - prestatieniveau. De organisatie is in de ogen van de verkopers van voor tot achter georganiseerd volgens klantgroepen. Alleen op die manier is kennis van de klant en betrokkenheid bij de klant te realiseren volgens hen (customer intimacy).

Visie 2, verwoord door de administratieve functie, zegt dat een zorgverzekeraar vooral een uitvoeringsorgaan is van wet- en regelgeving: een taakorganisatie. Het is de taak van VGZ om de Ziekenfondswet, de particulieren verzekeringen en de AWBZ rechtmatig en doelmatig

uit te voeren en daarbij acceptabele doorlooptijden (leveringsafspraken) te realiseren. De administratie is nog steeds het hart van de organisatie volgens deze visie, omdat alle dienstverlening, ook de frontoffice-functies, hierop drijft. De klant verwacht gewoon dat de administratie op orde is en hecht hier ook veel belang aan. De prestaties van de administratieve functie zijn zeer relevant voor de klanttevredenheid (zie de KTO's in hoofdstuk 6): goede prestaties vallen nauwelijks op maar slechte prestaties veroorzaken direct een slecht imago. De administratie is een hygiënefactor, een dissatisfier geworden.

De relevante omgeving voor de administratieve functie bestaat voornamelijk uit toezichthoudende organen en verzekerden die bellen, mutaties doorgeven en nota's indienen. Ook de zelf muterende werkgevers en de declarerende zorgaanbieders zijn belangrijk omdat een ver doorgevoerde externe integratie (EI)³ de productiviteit van de administratie sterk verhoogd. De relatie met de omgeving is in de onderzoeksperiode sterk gedigitaliseerd. De ziekenfondsverzekerde kreeg al zorg in natura, maar ook de particuliere verzekerde ziet nauwelijks nog een nota van een zorgaanbieder.

Strategische doelstellingen zijn het realiseren van een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering en een optimale dienstverlening. Operational excellence is een must voor de administratieve functie: zo hoog mogelijke kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten. Goed en goedkoop, ook de wens in visie 1, is echter maar moeilijk te verenigen met de door visie 1 gewenste organisatorische indeling van de administratie in klantgroepen. Een taakgerichte organisatie-indeling is efficiënter. Instrumenten die ingezet moeten worden zijn onder andere: een uitmuntende, betrouwbare en veilige ICT-structuur, externe integratie met zorgaanbieders en andere instituties, digitalisering, het stroomlijnen van werkprocessen en een kwalitatief goede medewerker.

De relatie met andere organisatieonderdelen is gericht op het afspreken en nakomen van service level agreements (SLA's). In deze visie is het niet goed denkbaar dat administratieve taken worden uitbesteed, tenzij de grip op belangrijke service-elementen daarbij kan worden gewaarborgd.

Visie 3, verwoord door de zorginkoop, zegt dat de core-business van VGZ het verbinden van vraag en aanbod van zorg is. VGZ verzekert de klant van zorg. Hier ligt volgens enkele geïnterviewden het onderscheidende vermogen voor een zorgverzekeraar⁴.

De relevante omgeving bestaat uit zorgaanbieders en indicatieorganen. De klanten zijn de verzekerden die zorg nodig hebben en consumeren, in tegenstelling tot de gezonde verzekerden bij de verkoopfunctie. In de onderzoeksperiode is deze omgeving potentieel meer conflictueus geworden. Enerzijds zijn de zorgvragende verzekerden mondiger geworden: zij eisen hun recht op zorg op, desnoods via de rechter. Anderzijds vreest de zorgaanbieder de toenemende macht van de zorgverzekeraar en komt in het geweer.

Strategische doelstellingen zijn het inkopen van voldoende, toegankelijke en kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs, zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing. De prestaties van de zorginkoop zijn in de onderzoeksperiode steeds belangrijker geworden. De druk van de omgeving is voor deze functie sterk toegenomen. Denk bijvoorbeeld aan de wachtlijsten, de nadruk op voldoende zorg en op kwalitatief goede zorg en de politieke nadruk op zorgkostenbeheersing, de regierol van zorgverzekeraars enzovoort. Instrumenten die ingezet worden zijn nieuwe dienstverlening (wachtlijstbemiddeling, preventieproducten) en het herdefiniëren van de relatie met zorgaanbieders.

³ Externe Integratie: het aanleveren van declaraties via een geautomatiseerd medium.

⁴ Het onderscheidende vermogen van een zorgverzekeraar door zorginkoop wordt door verzekerden, maar ook intern nog niet altijd gezien, zie ook hoofdstuk 8.

‘De databestanden van de geleverde en betaalde zorg moeten worden geanalyseerd om met deze ervaringsgegevens de toekomstige vraag naar zorg te kunnen voorspellen, inkomenseffecten te kunnen berekenen van het wel of niet vergoeden van verstrekkingen via het Ziekenfondspakket, opleidingscapaciteit voor zorgaanbieders te berekenen, enzovoort’. ‘VGZ zou dit soort analyses ook moeten doen om een toegevoegde waarde te hebben in de gezondheidszorg. Wij zijn geen betaalkantoor. Als wij ons niet pro-actief kunnen opstellen en de belangen van onze klanten echt kunnen behartigen, ook richting politiek, dan heeft een zorgverzekeraar in de toekomst nauwelijks bestaansrecht’.

De relatie met andere organisatieonderdelen is duidelijk: zorg en commerciële zaken ontwikkelen gezamenlijk nieuwe producten en diensten van VGZ. Zorg koopt de zorg in die commerciële zaken verkoopt en vise versa, commerciële zaken verkoopt de zorg die Zorg heeft ingekocht. Zorg en de zorgadministratie hebben een duidelijke verbinding; de wijze van gegevensuitwisseling tussen VGZ en zorgaanbieder wordt in de contracten vastgelegd.

In een notendop beschrijven deze drie visies op welke wijze de omgevingseisen aan VGZ worden ervaren en vertaald in te bereiken resultaten. Elke functie ziet (alleen of vooral) het voor die functie relevante deel van de omgeving en ervaart de eisen van die omgevingssector als dominant voor de hele VGZ-organisatie. De uitdaging waar het topmanagement voor staat, is de beleidsmatig gewenste integratie te bewerkstelligen. Het gaat daarbij niet om de ene óf de andere visie uit te dragen, maar om de ene én de andere visie op een goede manier te combineren en te vertalen in een bedrijfsvoering die synergie bevordert. De RVE VGZ heeft in 2005 deze integratie van visies omarmd door de klant daadwerkelijk als uitgangspunt te nemen.

5.1. Verzekeren van zorg

De functie ‘Verzekeren van zorg’ behelst het werven en behouden van verzekerden (individueel, collectief en via labels), het ontwikkelen en beheren van de verzekeringsproducten en de samenwerkingsverbanden.

Hoofdprocessen zijn: Offertes uitbrengen en contracten afsluiten, de markt ontwikkelen (marketing), producten ontwikkelen en beheren.

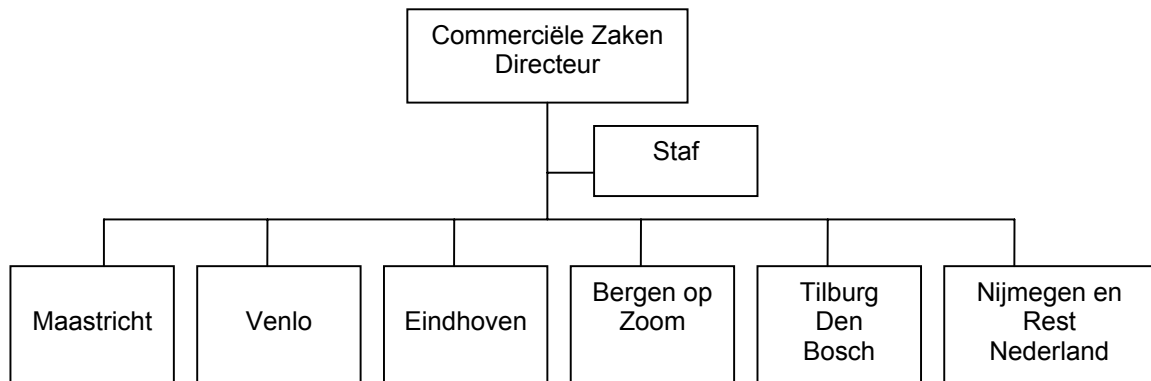
5.1.1. Organisatieontwikkeling van de verkoopfunctie

De verkoopfunctie voor CONDOR

De verkoopfunctie bestaat in 1989 uit het verkopen van particuliere en aanvullende verzekeringen en het inschrijven van de verplicht ziekenfondsverzekerden. Er zijn baliemedewerkers in dienst en er functioneert een buitendienst, maar als onderscheidende functie is de verkoop voor de organisatie nauwelijks van betekenis. Andere ziekenfondsen worden gezien als collega's. De omgeving is relatief simpel, stabiel, weinig gediversifieerd en weinig vijandig. De verkoopfunctie wordt voor het ziekenfonds pas van betekenis als in 1992 de vaste werkgebieden worden opgeheven en de monopoliepositie van het ziekenfonds vervalft. De

omgeving van de verkoopfunctie verandert in de onderzoeksperiode fors. Binnen VGZ komt de verkoopfunctie sinds 1992 langzaam tot ontwikkeling.

Eind 1993 is een organogram voor het Commerciële Zaken directoraat moeilijk te tekenen, zie figuur 5.2.



Figuur 5.2: CZ-organisatie eind 1993. Bron: Deelplan CZ versie 1.3, 16 maart 1995

Dit *lijkt* wel een eenduidig plaatje, maar in de praktijk zijn de zes regiokantoren zeer verschillend georganiseerd qua aansturing, taakstelling, omvang en werkwijze. In elk regiokantoor zit een CZ-manager, maar onder deze CZ-manager is de organisatorische opbouw steeds verschillend. Het aantal hiërarchische niveaus binnen een regiokantoor kan zelfs oplopen tot zes. Op 31 december 1993 werken binnen CZ 162 fte en worden er 52 verschillende functies onderscheiden. Het hoofdkantoor bedient ook de 'rest van Nederland' (als een soort zevende regiokantoor) en de stafafdeling Marketing is nog maar voorlopig ingericht.

Deelplan Commerciële Zaken

Het deelplan Commerciële Zaken van maart 1995 vermeldt diverse knelpunten die door deze situatie bestaan. De individuele verzekerde wordt per regio verschillend benaderd en ook het serviceniveau is niet gelijk. De collectiviteit ervaart verschillen in relatiebeheer. IZZ is ontevreden. Vanuit de interne CZ-organisatie zijn de regionale organisatieverschillen ook niet langer aanvaardbaar. CZ is onvoldoende afgestemd op de veranderende marktomstandigheden met de zakelijke markt als speerpunt. Accountmanagers besteden te veel tijd op kantoor. De bezetting van de balie kent zowel piektijden als leegloop. Vanuit de VGZ-organisatie geredeneerd, is de onderlinge communicatie en de afstemming tussen directoren problematisch. Er is geen uniform automatiseringssysteem, geen goed debiteurenstelsel, geen geïntegreerde database en geen netwerkondersteuning. De administratieve verwerking van inschrijvingen, mutaties en declaraties duurt te lang, er raken documenten zoek, er zijn verschillende klachtenprocedures, er vinden te weinig initiatieven plaats voor het behoud van verzekerden, de kwaliteit van correspondentie is niet altijd voldoende, er is geen uniforme registratie van prospects, er is geen duidelijke structuur met betrekking tot tabelbeheer, enzovoort.

De kern van deelplan C14 is dat de regionale verschillen worden opgeheven. Niet door de verkoopfunctie te concentreren, maar door een uniforme regionale organisatie voor te stellen. De regionale aanwezigheid van VGZ, dicht bij de individuele verzekerde en de zakelijke markt, blijft een dominant indelingscriterium. Er komen zelfs 20 nieuwe rayonkantoren en een regiokantoor bij. Omdat een sterke groei van de zakelijke markt wordt verwacht, krijgt deze

extra aandacht, zowel in de regio als centraal. Er wordt een centrale afdeling Specifieke Groepen ingericht die landelijk speerpuntbedrijven gaat benaderen. Ook de grootste collectiviteit, IZZ, krijgt een apart team binnen CZ. De staf wordt ingericht met een marketing-afdeling en een afdeling productmanagement. De specialisatie binnen de verkoopfunctie neemt toe.

De nieuwe CZ-organisatie wordt ook vereenvoudigd en formatief uitgebreid. De 52 functie-benamingen worden vervangen door 12 functieprofielen. Het aantal hiërarchische niveaus voor heel CZ wordt beperkt tot drie in de consumentenmarkt⁵ en twee in de zakelijke markt⁶. De CZ-formatie wordt op basis van globale normen voor werklust uitgebreid van 162 fte naar 189,8 fte. De hoofdprocessen van Commerciële Zaken worden geüniformeerd en vastgelegd. De arbeidsvoorwaarden worden uniform en er wordt een opleidingsprogramma uitgevoerd om de kwaliteit van de CZ-medewerkers te verbeteren.

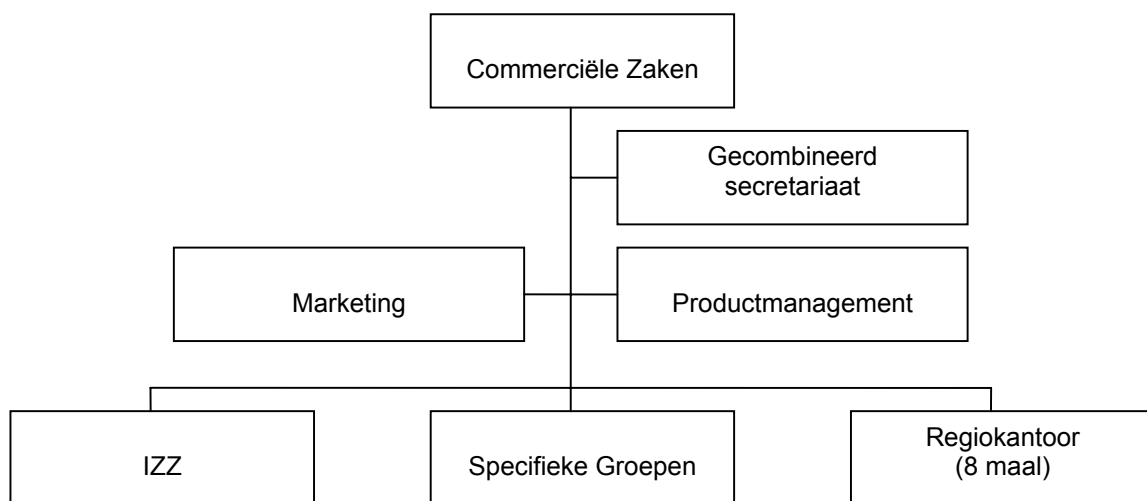
De sterke regionale oriëntatie van VGZ in die tijd komt vooral tot uitdrukking bij de consumentenmarkt, die wordt bediend via een 'schillenmodel'. Naast de regiokantoren worden de bijkantoren en de rayonkantoren uitgebreid. Zeven bijkantoren voor een stedelijk gebied met minimaal 25.000 verzekerden, 49 rayonkantoren voor plaatsen tussen de 14.000 en 18.000 verzekerden en een mobiel kantoor voor plaatsen waar 7.000 tot 14.000 verzekerden wonen. 'De fysieke afstand tot een VGZ-kantoor moet beperkt blijven voor de bereikbaarheid voor face to face contacten', zo meldt het deelplan. Verder wordt de inrichting van de rayonkantoren, bemand door een verzekeringsadviseur, gemotiveerd door: een meer betrouwbare en complete input voor de verwerkingsprocessen door de persoonlijke betrokkenheid van de verzekeringsadviseur, hogere verkoop van vooral niet-VGZ producten door het persoonlijke kanaal en spreiding van het telefoonverkeer. De consumentenmarkt wordt bediend door het tweeluik individuele zorgverzekeringen (ziekenfonds, particulier en aanvullende verzekeringen) en assurantiebemiddeling (aanpalende verzekeringsproducten zoals de levens-, uitvaart-, en spaarverzekeringen en de reiscontinuverzekering). De zakelijke markt kent een drieluik-benadering: collectieve zorgverzekeringen (particulier, ziekenfonds en aanvullend), verzuim-risicoverzekeringen aangeboden via AVIOS en als derde de Arbodiensten.

De gevolgen voor de CZ-organisatie en de medewerkers zijn niet gering, maar het aantal gedwongen verhuizingen is zeer beperkt. Het deelplan stelt dat de flexibiliteit van de organisatie toeneemt waardoor gemakkelijker op gewijzigde marktomstandigheden kan worden ingesprongen. Ook komen bevoegdheden lager in de organisatie te liggen en wordt een eenduidige aansturing en coördinatie gerealiseerd. De organisatieverandering moet de drie K's van CONDOR realiseren door versterking van de marktorientatie, verbetering van de service aan de klant (multi-inzetbare medewerkers) en een verhoging van de productiviteit per medewerker. Het organogram van de CZ-organisatie ziet er uit als figuur 5.3. De acht regiokantoren zien er voor de CZ-organisatie uit als figuur 5.4. Eén CZ-manager is steeds verantwoordelijk voor twee regiokantoren.

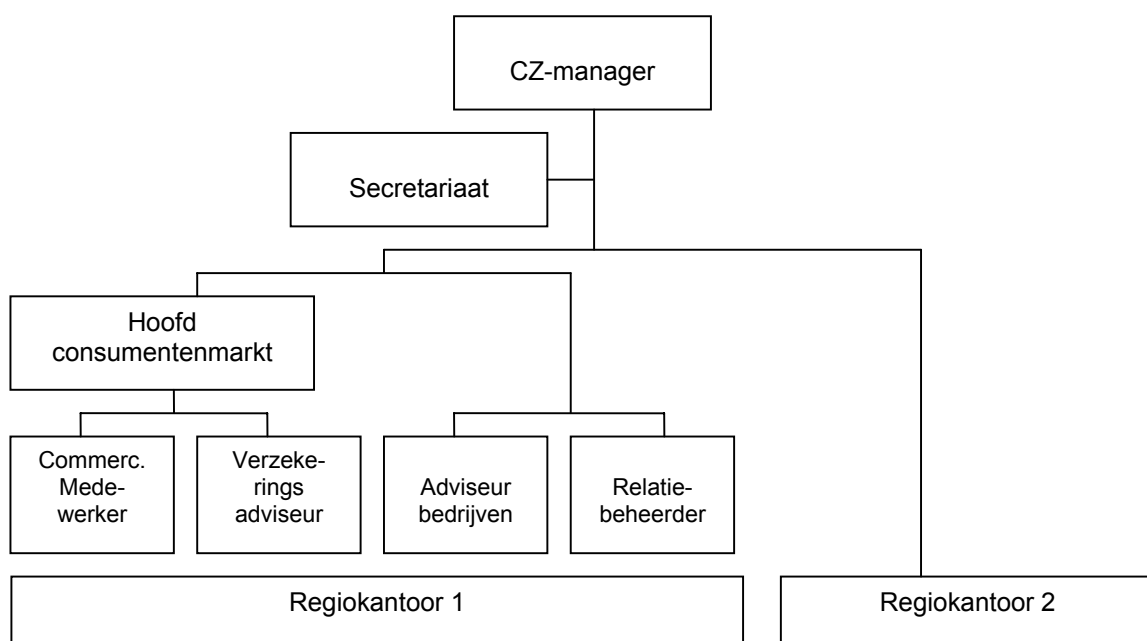
In oktober 1994, ten tijde van het werken aan het deelplan CZ, verschijnt ook het eerste Strategisch Marketing Plan (SmP) 1995-1998. De geïnterviewden geven aan dat met dit document de verkoopfunctie van VGZ voor het eerst serieus wordt geprofileerd.

⁵ 'Consumentenmarkt': hier gaat het over de verkoop van zorgverzekeringen aan individuele klanten.

⁶ 'Zakelijke markt': hier gaat het over de verkoop van collectieve ziektekostenverzekeringen, het Bedrijfszorgpakket, het MKB-product en WAO- en verzuimverzekeringen. Dit gebeurt via twee distributiekanaalen: directe verkoop aan werkgevers en verkoop via een selecte groep assurantie-tussenpersonen.



Figuur 5.3: Organogram Commerciële Zaken 1995. Bron: Deelplan CZ, versie 1.3, maart 1995



Figuur 5.4: Organogram Regiokantoor CZ 1995. Bron: Deelplan CZ, versie 1.3, maart 1995

Strategisch Marketing Plan 1995-1998

De omgevingsanalyse in het Strategisch Marketing Plan 1995-1998 beschrijft de tendens tot schaalvergroting bij zorgverzekeraars. In 1985 bestaan er 53 ziekenfondsen en 69 particuliere ziektekostenverzekeraars. In 1994 zijn er nog 26 ziekenfondsen en 52 particuliere ziektekostenverzekeraars over. Zes maatschappijen hebben in 1994 samen een marktaandeel van 69%, zie tabel 5.1.

Maatschappij	Aantal verzekerden in 1993
AVCB/Zilveren Kruis	2,4 miljoen
Nationale Nederlanden/Meander	2,2 miljoen
VGZ/AMEV	1,5 miljoen
Nuts/Aegon/OHRA	1,5 miljoen
CZ/Liass/ZHV/Interpolis	1,3 miljoen
Stad Rotterdam/ONVZ/Am	1,0 miljoen

Tabel 5.1: De top van miljonairs van zorgverzekeraars. Bron: SmP 1994-1998, oktober 1994

Het rapport signaleert beweging ten aanzien van nieuwe distributiekanaalen. Er ontstaan meer assurantietussenpersonen en grotere intermediairs zijn zeer actief op de markt van de collectiviteiten. Door de privatisering van de sociale zekerheid wordt voor de komende jaren in dit segment de strijd verwacht. VGZ is qua prijs/kwaliteit verhouding niet goedkoop, stelt het rapport. Als demografische en economische ontwikkelingen signaleert het SmP een toenemende vergrijzing in de eenentwintigste eeuw, een gemiddelde bevolkingsgroei van 0,8 % per jaar (0,4% daarvan is afkomstig van immigratie), een vergroting van de 'gap tussen armen en rijken', een toenemend consumentenvertrouwen na de recessie (520.000 werklozen en 668.000 WAO'ers) en een toenemende individualisering. De politieke ontwikkeling nodigt uit tot het ontstaan van niche-players, stelt het rapport. 'De gezondheidszorg in Nederland is van een goed kwaliteitsniveau en breed toegankelijk. Er is druk op de budgetten. Einddoel is eerder kostenbeheersing dan kostenbesparing. Voor onze inkoop betekent dit een grote verandering in termen van scherp inkopen, risicoverdeling over partijen, meer co-partnership en wellicht een eigen zorgaanbod'. De kansen voor VGZ liggen op het gebied van samenwerkingsverbanden, multichannel benadering van verzekerden en productdifferentiatie. Bedreigingen worden gesignaleerd door een toenemende concurrentie, het mobieler worden van verzekerden, vervelende maatregelen die verzekeraars moeten nemen ten behoeve van kostenbeheersing en vermindering van de solidariteit. VGZ is qua cultuur niet ingesteld op een verzakelijking, stelt het rapport. Ook de toepassing van nieuwe technologie als concurrentietool en als instrument voor kostenreductie is slecht ontwikkeld. Als kritische succesfactoren worden benoemd: het innovatievermogen, de strategie van VGZ, de informatietechnologie, de cultuur en de organisatie.

De kennis van de klant in het Strategisch Marketing Plan

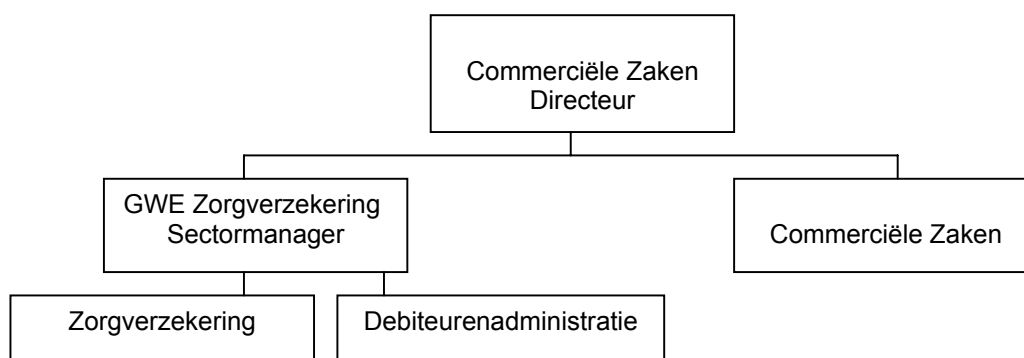
Het SmP analyseert het verzekerdenbestand op diverse kenmerken: particulier en ziekenfonds, individueel en collectief, thuismarkt en 'rest van Nederland', samenstelling qua leeftijd, gezinssamenstelling, et cetera. In 1996 is 90% van de 1,5 miljoen verzekerden individueel verzekerd. VGZ heeft op dat moment 1200 collectieve contracten en relaties met 75.000 werkgevers. Het IZZ uitvoeringscontract heeft meer dan 100.000 verzekerden. De overige collectieve contracten hebben per contract 5 tot meer dan 1000 verzekerden (90 % heeft maximaal 100 verzekerden).

De in- en uitstroomanalyse is beperkt. Voor de individuele verzekerden is bekend: het percentage naar een verplichte verzekering, naar een andere maatschappij, uit een collectief contract, van een andere maatschappij, uit het ziekenfonds, her-inschrijving, de loongrens en aanwas door geboorten. *Waarom* verzekerden switchen van maatschappij is niet opgenomen in dit plan. Bij de in- en uitstroom op de collectieve contracten wordt wel geanalyseerd op kwaliteitsaspecten. Redenen voor het veranderen van zorgverzekeraar of tussenpersoon zijn: de hoge premie, slechte service/slechte afhandeling van schade. Belangrijke keuzecriteria voor de grotere bedrijven zijn: accurate hulp bij schade, betrouwbare afspraken, een foutloze administratie, specialistische kennis, goede schriftelijke informatie, kwaliteit van de adviezen en de premiehoogte.

Het SmP vermeldt de resultaten van enkele klanttevredenheidsonderzoeken. Enkele significante verbeterpunten zijn (in volgorde van belangrijkheid): de informatievoorziening over de polisvoorwaarden, over de openingstijden van het kantoor en over wetswijzigingen, de afhandeling van nota's, de administratieve rompslomp, de hoogte van de premie en de samenwerking tussen afdelingen (DOOR enquête 1993).

Directoraat Verzekeringen

Het eindresultaat van de CONDOR-operatie is het ontstaan van het directoraat Verzekeringen, zie figuur 5.5. Het jaarverslag 1996 meldt: 'De ombouw van het oude directoraat Commerciële Zaken naar het nieuwe directoraat Verzekeringen heeft effect gesorteerd. Door Zorgverzekering en de Debiteurenadministratie in dit directoraat onder te brengen ontstond een betere aansturing en coördinatie van alle klantcontacten. De organisatie werd ingevuld naar klantgroepen, waarbinnen vaste teams in de regio en in de backoffice nauw samenwerken'.



Figuur 5.5: Directoraat Verzekeringen 1996⁷

De eerste verwijzing naar de inrichting van callcenters is al in dit jaarverslag (1996) te vinden. Het directoraat Verzekeringen functioneert van 1996 tot 1999. Geïnterviewden stellen dat een echte integratie eigenlijk nooit van de grond is gekomen. De fysieke scheiding van werkzaamheden in Nijmegen (hoofdkantoor), in de regio en in Tilburg (GWE ZVZ en Debiteuren) is hiervan maar één reden. Een andere reden is dat deze combinatie van front- en backoffice qua aansturing verschillende accenten en talenten vraagt. De directeur Commerciële Zaken verlaat de organisatie in 1999 als het directoraat weer wordt gesplitst in twee afzonderlijke directoraten: Commerciële Zaken en Verzekerden Administratie.

Het verkoopbeleidskader, Markt Focus

In 1999, het jaar van het MVS-traject, wordt een beleidskader voor de verkoop ontwikkeld. De geïnterviewden zien dit verkoopbeleidskader, Markt Focus genaamd, als een belangrijk nieuw fundament onder de verkoopfunctie. 'Het verkoopbeleid is met betrokkenheid van velen tot stand gekomen. Medewerkers van CZ, maar ook van Zorg, de Verzekerden-administratie en F&A hebben hieraan meegewerkt. Het draagvlak was dan ook groot'. 'Even stond verkoop in de belangstelling. De ondertitel van het jaarplan 1999 was ook 'Commerciële slagkracht'.

⁷ De directeur van dit directoraat heeft als functienaam Directeur Commerciële Zaken

Het Verkoopbeleidskader 1999 is een product van een andere tijd dan het Strategisch Marketing Plan van 1993. De omgeving is inmiddels fors veranderd en het roer wordt omgegooid. Het verkoopbeleid is niet langer alleen gericht op behoud van verzekerden maar ook op uitbreiding van het aantal verzekerden. De concurrentie is toegenomen en het particuliere verzekerdenbestand is voor 80% gecollectiviseerd. Behoud van verzekerden is niet langer voldoende. De belangrijkste beleidswijziging die dit verkoopbeleid brengt, is dan ook dat VGZ nu een ambitieuze groei doelstelling formuleert. Tot die tijd was groei in de zakelijke markt en in de gebieden boven de rivieren (Rest van Nederland) wel voorzien, maar de groei doelstelling in de consumentenmarkt was zeer bescheiden: minimaal de bevolkingsgroei in de traditionele werkgebieden. Behoud van verzekerden was belangrijk. Het rapport Markt Focus brengt nu een groei doelstelling van VGZ naar 3 à 3,5 miljoen verzekerden in beeld.

Deze verdere schaalvergroting is om diverse redenen noodzakelijk, zo stelt het rapport. Om de toegenomen financiële risico's te kunnen dragen is een groter verzekerdenbestand nodig, de particuliere portefeuille is te mager, behoud van IZA- IZR en IZZverzekeren is niet zeker, uitbreiding boven de rivieren is nodig om in minder vergrijsde gebieden de verzekerdenpopulatie te verjongen (noodzakelijk voor een concurrerende premie) en tot slot wordt een voortgaande concentratie van zorgverzekeraars voorzien (toenemende concurrentie van grotere organisaties). Een dergelijke groei kan alleen gerealiseerd worden door een andere zorgverzekeraar over te nemen, door de IZA-, IZR- en IZZverzekeren veilig te stellen en door groei op eigen kracht. Deze laatste manier heeft invloed op de gewenste verkooppotentie van Commerciële Zaken. Er worden harde getallen voor autonome groei neergezet.

Een tweede belangrijke wijziging is dat de regio langzaam wordt losgelaten als plaats waar alles plaatsvindt (verkoop, zorginkoop). Waar in 1995 nog het belang van face-to-face contact wordt benadrukt, spreekt Markt Focus over 'ontmoedigingsbeleid ten aanzien van onnodig baliebezoek' en over 'het opleiden van de klant' (om niet meer langs te komen). De commerciële medewerker en de verzekeringsadviseur doen te veel administratief werk en verkoop is voor hen van ondergeschikt belang, stelt het rapport vast. Dat moet veranderen met het nieuwe beleid: de rayonkantoren (kantoren aan huis), tijdens CONDOR nog flink uitgebreid, zijn nu te duur, inflexibel en hebben geen uniform kwaliteitsimago. Verzekeringsadviseurs moeten bovendien ook ingezet kunnen worden op de kleinzakelijke markt. Kennelijk worden de resultaten van de organisatieverandering van 1995 als onvoldoende beoordeeld.

Professionalisering

Zowel voor de consumentenmarkt als voor de zakelijke markt legt dit rapport de basis voor een verdere professionalisering van de verkoopfunctie. Behalve de pakketombouw van 1993 en de nieuwe CZ-organisatie na CONDOR was er ook weinig gebeurd op dit gebied.

Markt Focus introduceert voor de consumentenmarkt het idee van de levensloop polis (life long polis). Een verdere klantsegmentatie op basis van leeftijd, gezinssituatie en inkomen, een focus op jonge segmenten en op behoud van verzekerden tijdens natuurlijke switch-momenten zijn de nieuwe pijlers voor productontwikkeling en het gebruik van de distributiekantalen. De naamsbekendheid van VGZ moet worden vergroot. Periodiek klanttevredenheidsonderzoek moet meer inzicht geven in de beleving van klanten en een streng selectie- en acceptatiebeleid moet bijdragen aan de zorgkostenbeheersing. Aantrekkelijke nieuwe marktgebieden voor de consumentenmarkt zijn Gelderland, Utrecht en Zuid-Holland.

De zakelijke markt wordt ook verder gesegmenteerd. VGZ is, mede via samenwerkingsverbanden, al sterk in de ambtenarensector en de zorgsector (IZZ). Als aantrekkelijke aanvullende branches worden nu de Verhuur en Zakelijke dienstverlening, Reparatie consumentenartikelen en Handel en de MKB-sector genoemd. De instrumenten die bij de consumentenmarkt worden genoemd (naamsbekendheid, KTO's en acceptatiebeleid) zijn ook voor de zakelijke markt relevant. Een goed relatiebeheersysteem is een belangrijke

randvoorwaarde. Aantrekkelijke nieuwe marktgebieden voor de zakelijke markt zijn Gelderland, Noord-Holland en Zuid-Holland.

Onderzoek wijst uit dat VGZ ten opzichte van de concurrentie veel distributiekanaalen inzet: direct mail, telemarketing, Internet, regiokantoren, verzekeringsadviseurs, managers CZ en adviseurs Bedrijven. Ook hier is echter professionalisering nodig. De telefonie kan niet langer worden uitgevoerd door medewerkers die ook nog andere taken uitvoeren, stelt het rapport. De kwaliteit van de gesprekken blijft te verschillend en te laag en de capaciteit is ontoereikend. Telefonie is een vak geworden en moet als een apart kanaal in een Smart Contact Center ondergebracht worden. De medewerkers in de contactschillen hebben ook andere prioriteiten (gegevensverwerking) en zijn niet getraind om telefonie ook als verkoopkanaal te benutten. Internet is als nieuw kanaal in ontwikkeling en de aansluiting bij de organisatie is nog onvoldoende. De Adviseurs Bedrijven zijn te weinig buiten en dan nog hoofdzakelijk voor het onderhouden van relaties. Er dienen duidelijke verkooptargets te komen die op een inzichtelijke wijze bewaakt worden. Tot slot is VGZ sterk afhankelijk van een beperkt aantal ATP'en terwijl de organisatie zaken doet met 80 ATP'en. Het is beter om met circa 30 kwalitatief goede ATP'en te werken. Een ATP dient innovatief, groot en conceptueel sterk te zijn om als businesspartner van VGZ te kunnen opereren.

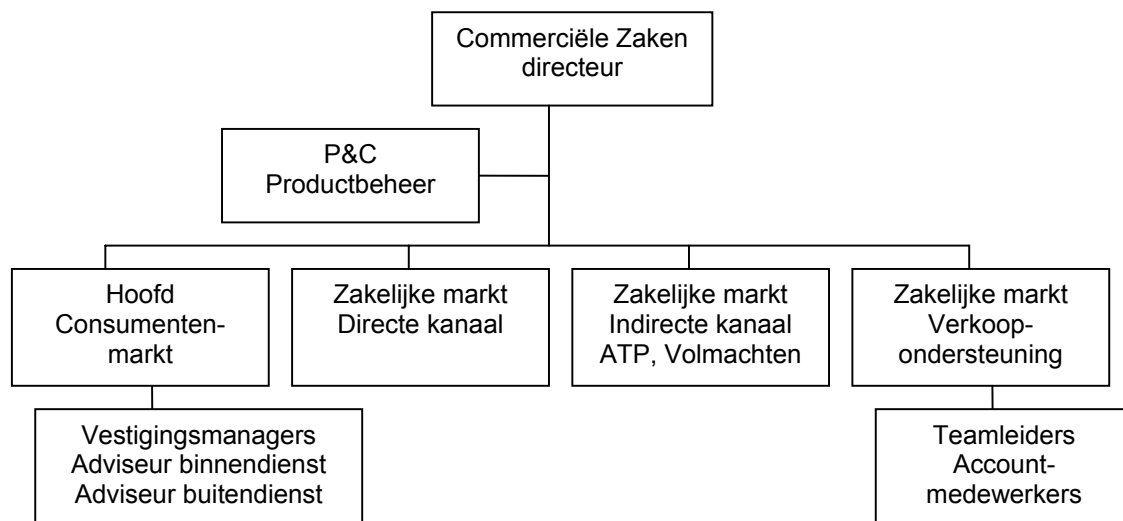
De gevolgen voor de CZ-organisatie worden nog niet uitgewerkt door Markt Focus, maar wel is duidelijk dat de huidige CZ-organisatie de geformuleerde ambities niet waar kan maken. De bezetting is hiervoor kwantitatief en kwalitatief onvoldoende. Een nieuwe organisatie zal langs de lijnen van de distributie moeten worden opgezet, zo stelt het rapport. Vooral voor de verzekeringsadviseurs heeft deze beleidswijziging grote gevolgen. Het OR-jaarverslag 2002 meldt een bijeenkomst met de verzekeringsadviseurs in april, over het besluit tot het opheffen van het kantoor aan huis.

Reorganisatie zakelijke markt en consumentenmarkt

Dit eerste project 'zakelijke markt CZ' is direct een vernieuwingsproject en leidt onder andere tot een nieuwe organisatiestructuur voor de zakelijke markt. Hierna wordt ook de consumentenmarkt gereorganiseerd. Het organogram CZ ziet er op 31-12-2005 uit als figuur 5.6. De consumentenmarkt beheert in 2005 ruim 1,2 miljoen individuele verzekerden. Jaarlijks worden normen vastgesteld voor het behoud en de werving. De consumentenmarkt werkt in vier regio's (Limburg, NoordOost Brabant en Gelderland, Midden Brabant en ZuidOost Brabant, West Brabant en Zeeland), vanuit 13 verzekeringswinkels. In de regio's werken adviseurs binnendienst en adviseurs buitendienst die worden aangestuurd door een vestigingsmanager. De zakelijke markt wordt georganiseerd langs de verkoopkanalen.

5.1.2. Het verkoopproces

Het doel van de afdeling Consumentenmarkt is het behoud en werven van individuele verzekerden. De afdeling is in 2005 ingedeeld in vier regio's en beschikt over 13 verzekeringswinkels. De Zakelijke markt wordt via een direct kanaal en via een indirect kanaal bewerkt. Het doel van de afdeling Verkoop Directe Kanaal is het op resultaatgerichte en duurzame wijze behalen van commerciële jaartargets. De offerteratio en de premie-schaderatio zijn belangrijke prestatie-indicatoren.



Figuur 5.6: Organogram Commerciële Zaken, 2005

Hoofdtaken van het directe kanaal zijn pre-sales, sales en after-sales activiteiten. Het doel van de Verkoop Indirecte Kanaal is het werven van (grote) collectiviteiten via Assurantie Tussenpersonen (ATP's) en Volmachten. Deze collectiviteiten kunnen administratief bij VGZ of bij de volmacht worden ondergebracht. Hoofdtaken van deze afdeling zijn: het selecteren van ATP'en en volmachten, het aangaan van partnershiprelaties met geselecteerde intermediairs, offrenen aan de intermediair, sluiten van contracten en relatiebeheer. De afdeling Verkoopondersteuning Zakelijke Markt heeft als doelstelling het werven en beheren van collectiviteiten. De afdeling fungeert voor de zakelijke markt als schakel tussen de buitendienst en de backoffice. Hoofdtaken zijn: het verzorgen van mailings, offertes uitbrengen, informatie verzamelen, contacten onderhouden met de werkgever/tussenpersoon, vraagbaak voor de contactpersoon van het bedrijf, vastleggen van collectieve regelingen, ondersteunen van de regiomanagers, et cetera.

5.1.3. Resultaten van de verkoopfunctie

De resultaten van de verkoopfunctie in de onderzoeksperiode kunnen worden uitgedrukt in de organisatiegebieden en vooral in de resultaatgebieden van het INK-managementmodel. Deze resultaten zijn gekoppeld aan de strategische doelstellingen van de verkoopfunctie: het werven en behouden van verzekerden, het ontwikkelen en beheren van de verzekeringsproducten en de samenwerkingsverbanden.

Resultaten van de verkoopfunctie 1989-2006Organisatiegebied Strategie en beleid:*Nieuwe producten:*

In de onderzoeksperiode wordt een nieuwe pakketstructuur (1993) ontwikkeld, worden een Jongerenpakket en een MKB-product geïntroduceerd en samen met IZA wordt in 2000 het Bedrijfszorgpakket voor ondernemers ontwikkeld. Dit is een pakket met vier onderdelen: Psychosociaal, Fysiek, Zorgservice en Huishoudelijke Ondersteuning, bedoeld om oplossingen te bieden voor verzuim door ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Voor de invoering van de nieuwe zorgverzekering worden alle verzekeringsproducten geactualiseerd. Samen met De Goudse biedt VGZ-IZA kleinere werkgevers een product voor integratie van zorg en sociale zekerheid: Zorg-Verzuim-Compleet, een geïntegreerd product collectieve ziekte-kostenverzekering in combinatie met arbodienstverlening en verzuimverzekering.

Resultaatgebied Klanten en leveranciers, Bestuur en financiers:*Groei van het aantal verzekerden*

De eerste indicator waaraan het succes van een verkoopfunctie kan worden afgemeten, is de absolute groei van het aantal verzekerden. Deze groei is zichtbaar in bijlage 11. Duidelijk wordt dat VGZ vanaf 2000 versneld groeit:

1990: onbekend	1998: + 6.500 verzekerden
1991: + 18.000 verzekerden	1999: + 16.700 verzekerden
1992: + 23.500 verzekerden	2000: + 46.600 verzekerden
1993: + 40.100 verzekerden	2001: + 100.600 verzekerden
1994: + 34.800 verzekerden	2002: + 120.700 verzekerden
1995: + 43.700 verzekerden	2003: + 121.100 verzekerden
1996: + 22.600 verzekerden	2004: + 93.600 verzekerden
1997: + 32.600 verzekerden	2005: + 53.800 verzekerden

Gezonde groei

De verzekerdenpopulatie van de VGZ-Groep is gemiddeld ouder dan de Nederlandse bevolking en kent in verhouding meer vrouwen dan mannen. Wellicht is dit verklaarbaar door de IZZ-populatie. Zorgkostenbeheersing begint bij de voordeur, stelt VGZ vanaf 1999. Daarom is niet alleen groei in absolute zin belangrijk, maar ook gezonde groei (rendement): de verhouding premie/ schade beïnvloedt het financiële resultaat van de organisatie en daarmee de nominale premie en dus de continuïteit van de organisatie. Vanaf 1999 is VGZ meer gaan letten op het rendement van collectiviteiten, met als gevolg dat dit rendement sterk is verbeterd.

Tabel 5.2: Resultaten van de verkoopfunctie 1989-2006

5.2. Inkopen van zorg

De functie 'Zorginkoop' is verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende, toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg en het bemiddelen van zorg, zorgkostenbeheersing (samen met andere organisatieonderdelen) en zorgvernieuwing. Hoofdprocessen zijn: het vaststellen van de in te kopen zorg, overeenkomsten afsluiten met zorgaanbieders, het monitoren van de afspraken met zorgaanbieders en het informeren van klanten over zorgaanbieders (het zorginkoopproces volgens het Inkoop Plus-model, vanaf 2004).

Van oudsher hecht VGZ als gespecialiseerde zorgverzekeraar veel waarde aan de functie 'inkopen van zorg'. Dit blijkt ondermeer uit het feit dat in 2003 circa 225 fte over het algemeen hooggeschoolde professionals hiervoor werkzaam zijn (inclusief zorgkantoor). Financieel gezien gaat het ook om grote bedragen. VGZ ontvangt in 2003 ongeveer 2,2 miljard euro aan premies en overheidsbijdragen per jaar. Inclusief de AWBZ-uitvoering heeft VGZ in 2003 een omzetverantwoordelijkheid van ruim 4,7 miljard euro per jaar.

In de onderzoeksperiode heeft de veranderende omgeving ook voor deze functie ingrijpende consequenties gehad, veroorzaakt door het vrijgeven van de werkgebieden, de introductie van meer contracteervrijheid, de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing en de beoogde regisseursrol van zorgverzekeraars⁸. Deze paragraaf gaat in op de wijze waarop VGZ binnen deze functie heeft gereageerd op de veranderende omgevingseisen. Daarnaast wordt kort inhoudelijk ingegaan op de ontwikkeling van het zorginkoopbeleid in de onderzoeksperiode.

5.2.1. Organisatieontwikkeling van de zorginkoopfunctie

Deze paragraaf beschrijft de ontwikkeling van de zorginkoopfunctie door de organisatieontwikkeling te schetsen en door het zorginkoop- en contracteerbeleid beknopt te beschrijven.

'Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hadden specifieke waardeoordelen over elkaar toen ik aantrad in 1993: zorgaanbieders waren zakkenvullers en zorgverzekeraars waren betaalkantoren. Het nivelleren van deze waardeoordelen was een belangrijke opdracht. De zorgaanbieder als klant gaan zien moest intern een andere mentaliteit bewerkstelligen. Later zijn meer democratische verhoudingen ontstaan'.

'VGZ gelooft heilig in een regionale aansturing van de zorg. In de toenmalige verhoudingen was het terugtrekken uit de regio dan ook niet bespreekbaar. De oorspronkelijke ziekenfondsbesturen hechtten sterk aan de regionale inbedding'.

Enkele citaten van geïnterviewden

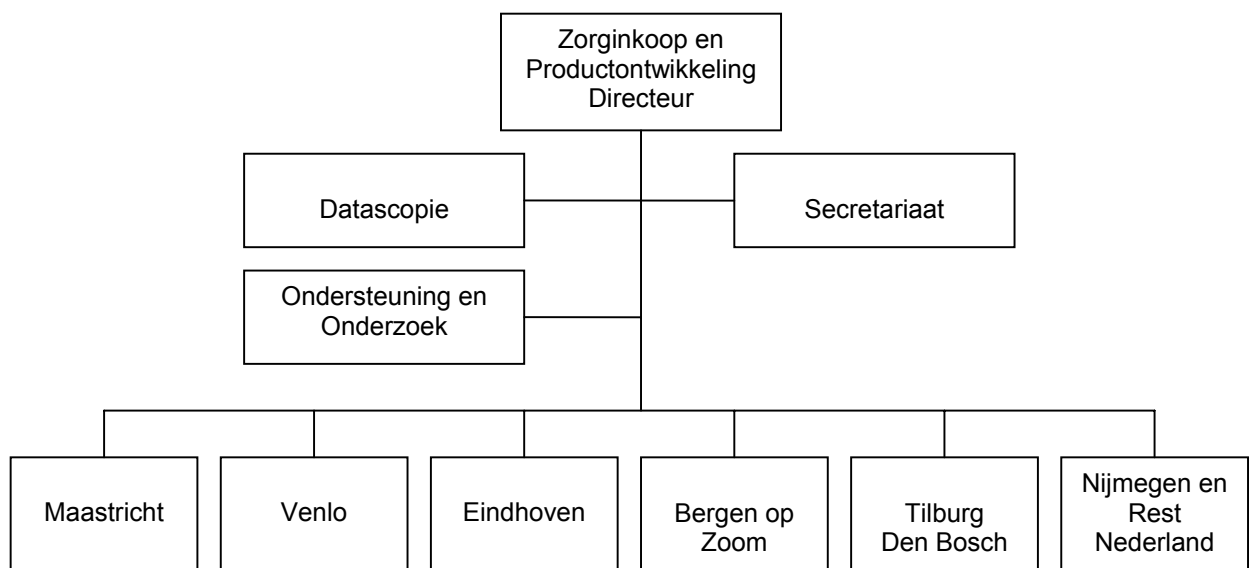
De Zorginkoop voor CONDOR

In 1993 is de situatie van het directoraat Zorg identiek aan die van Commerciële Zaken. De zorginkoop vindt plaats vanuit de regiokantoren, zie figuur 5.7. De personele formatie

⁸ Onder Paars I en II wordt deze regisseursrol gepropageerd. Minister Hoogervorst (Balkenende II) zegt in 2005 dat hij deze kreet 'nooit meer wil horen'.

bedraagt 83,8 fte. In 1993 wordt geredeneerd dat de relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgvragende verzekerde sterker is dan de relatie tussen VGZ en de zorgvragende verzekerde. Om deze laatste goed te bedienen, wordt daarom de zorgaanbieder centraal gezet in het zorginkoopbeleid. Als de zorgaanbieder tevreden is over VGZ als onderhandelingspartner, zal deze VGZ aanprijzen als verzekeraar, is de argumentatie. Een zorgaanbieder wordt daarom benaderd als een klant, naast de zorgvragende verzekerde.

De zorginkoop wordt verzorgd door diverse zorginhoudelijke disciplines (artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen) en door economische en juridische medewerkers die elk hun eigen taken hebben in het zorginkoopproces. De uiteindelijke overeenkomst is de betaaltitel die de rechtmatigheid van de uitgaven waarborgt. Aanvankelijk worden alleen de zorgaanbieders in het verplichte werkgebied gecontracteerd; begin jaren negentig zijn dit voor VGZ ruim 6000 zorgaanbieders. Het contract is een kopie van een landelijke modelovereenkomst, overeengekomen door landelijke partijen (de VNZ en landelijke koepels van zorgaanbieders) en vastgesteld door de Ziekenfondsraad. Het contract bevat vooral veel administratieve bepalingen, noodzakelijk vanwege het naturastelsel bij de ziekenfondsverzekerden. De tarieven worden vastgesteld door het COTG. Het bereiken van de wettelijk vereiste 100% contracteringsgraad⁹ is dan ook geen probleem, want waarom zou een zorgaanbieder niet tekenen? De geïnterviewden binnen Zorg zijn zeer positief over de zorginhoudelijke beïnvloedingsmogelijkheden van die tijd: 'De omgeving was stabiel, de verhoudingen waren helder en we hadden het over de inhoud van de zorg'. De status van de medische adviseur binnen de ziekenfondsorganisatie was groot: 'artsen waren heilig en verdienden soms meer dan de directeur'. Andere disciplines binnen de VGZ-organisatie hebben het over 'relationeel koffiedrinken' als ze het over de zorginkoop van die tijd hebben.



Figuur 5.7: Organogram ZIP 1993. Bron: Deelplan organisatie ZIP, januari 1995

De fusie in 1989 maakt het noodzakelijk om vanaf dat moment het inkoopbeleid organisatiebreed af te stemmen en men start hiervoor het project 'Monitor'. Dit initiatief wordt ingehaald

⁹ 'De Ziekenfondswet verplicht zorgverzekeraars een contract aan te gaan met alle afzonderlijke zorgaanbieders die aan een verzekerde zorg verlenen'. Zorgkosten worden door het CZT onrechtmatig verklaard als er geen contract aan ten grondslag ligt. Vanaf 2004 past het CTZ deze regel zeer strikt toe, wat grote consequenties heeft voor de financiële risico's.

door het breed gedragen besef dat de hele organisatie opnieuw ingericht moet worden. CONDOR staat voor de deur en ook Zorg ontwikkelt een deelplan voor de nieuwe werkwijze van de zorginkoop.

Deelplan Organisatie ZIP

Het deelplan ZIP beschrijft soortgelijke knelpunten als het deelplan Commerciële Zaken: regionale verschillen in organisatie en werkwijze, stijlen van leidinggeven, bevoegdheden van medewerkers en grote verschillen in de intensiteit en de frequentie van de contacten met relaties (zorgaanbieders). De zorgaanbieders ervaren dat het 'bevoegd gezag' (lees de directeur) zich terugtrekt uit de regio¹⁰ en dat de medewerker formeel niet bevoegd is om zaken te doen. Deze medewerker, bedrijfseconomisch, juridisch of zorginhoudelijk geschoold, is op dat moment ook niet beslissingsbevoegd. De zorgaanbieder ondervindt niet altijd voldoende steun van VGZ ten aanzien van veranderingen in de gezondheidszorg en *tussen* zorgverzekeraars bestaat nogal eens de nodige rivaliteit, ook tijdens overleg met de zorgaanbieder. Interne knelpunten liggen in de sfeer van onderlinge communicatie, onduidelijke besluitvormingsprocessen en het ontbreken van adequate statistische beleidsinformatie.

Het deelplan handhaaft de regionale verankering en stelt voor het relatiebeheer met de zorgaanbieders te professionaliseren. Vanuit de organisatie geredeneerd heeft het centraliseren van het relatiebeheer wel voordelen qua aansturing en beheerskosten, maar vanuit de zorgaanbieder en de verzekerde geredeneerd is de regio als werkplek te prefereren. 'Het directe belang van het directoraat ZIP hangt samen met de keuze van VGZ om als *zorgverzekeraar* en niet als *schadeverzekeraar* te willen functioneren. Een schadeverzekeraar is uitsluitend geïnteresseerd in een positieve verhouding tussen premie-opbrengsten versus schade en in maximalisatie van de omzet. Een schadeverzekeraar laat de inkoop en het regelen van de zorg over aan de verzekerde respectievelijk de hulpverlener en toetst de declaratie aan de polisvoorwaarden. VGZ wil meer betekenen voor zijn verzekerden: VGZ besteedt meer zorg', zo stelt het deelplan.

De kern van de nieuwe organisatie is dus het relatiebeheer, waarbij de zorgaanbieder één ZIP-medewerker als aanspreekpunt krijgt: de nieuwe functie van Partner in zorg (PiZ). De partner is een specialistische generalist, verantwoordelijk voor de totale relatie (bedrijfs-economisch, juridisch én zorginhoudelijk) met de zorgaanbieder. Hij krijgt een zwaar postuur met een mandaat om namens VGZ afspraken te maken met de zorgaanbieder. 'Eenmaal iets afgesproken door de partner, zal VGZ hier niet op terugkomen', belooft het deelplan. 'De TBV (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden) van een Partner was breder dan van de oorspronkelijke adviseur. Dat gaf bij de zorgaanbieders wel eens spanningen, want die kreeg de directeur niet meer te spreken. Ook mocht een Partner niet in deeltijd werken: 80% was het minimum want hij moest bereikbaar zijn voor de zorgaanbieder. Dit veroorzaakte een ongelijke werkdruk: in Bergen op Zoom had de Partner twee ziekenhuizen onder zijn beheer, in Nijmegen vijf en in Maastricht maar één'.

De partner functioneert binnen de kaders die in de in te stellen zorgaandachts-gebiedsgroepen (ZAGG) worden overeengekomen. Binnen een ZAGG wordt centraal VGZ-beleid ontwikkeld. Een ZAGG wordt aangestuurd door de ZIPmanager die hier functioneel verantwoordelijk voor is en ondersteund door een stafmedewerker. Leden zijn de partners die de relaties met de betreffende zorgaanbieders onderhouden. Op deze wijze verandert de oude hiërarchische stijl van leidinggeven in een vorm die veel meer betrokkenheid van de medewerkers waarborgt. Er komen vijf van deze ZAGG'en, zie tabel 5.3.

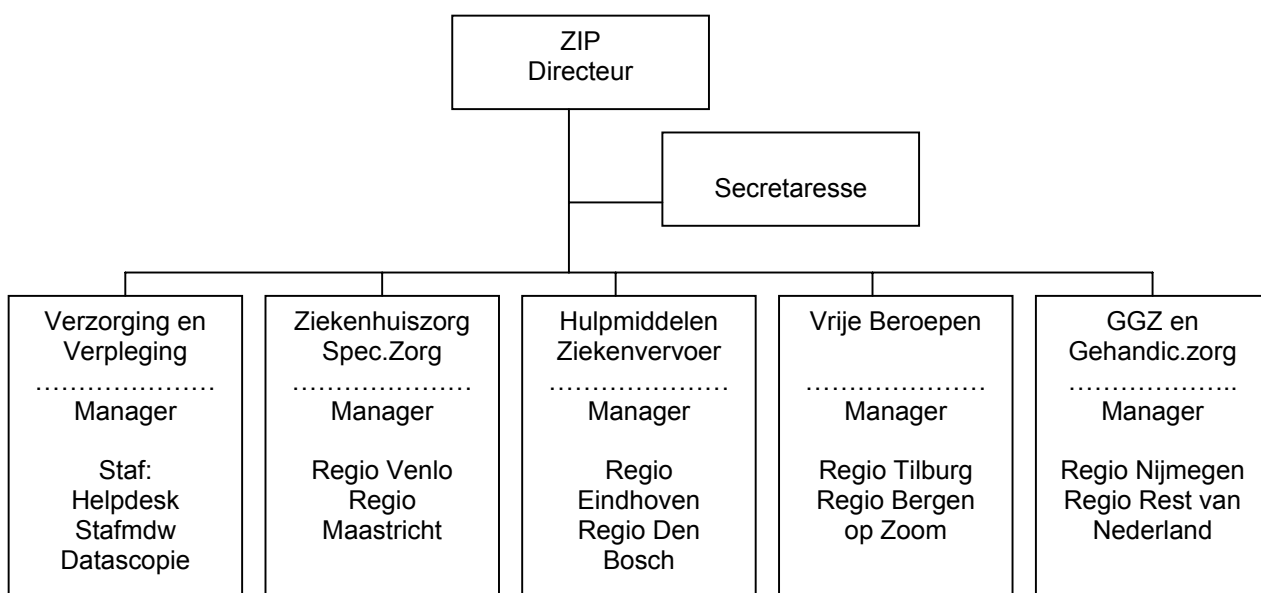
¹⁰ De regiodirecteur is immers in 1993 naar het hoofdkantoor in Nijmegen verhuisd.

Zorgaandachtsgebiedsgroepen	
ZAGG	Betreft:
Ziekenhuiszorg en specialistische zorg	Algemene ziekenhuiszorg, Topklinische zorg, Specialistische Zorg, Categorale ziekenhuiszorg, Bloedvoorziening, Zelfstandige tweedelijnszorg
Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg	Algemene Intramurale Psychiatrische zorg, Categorale Psychiatrische zorg, Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Beschermd wonen, Intra- en semimurale Zwakzinnigenzorg, Sociaalpedagogische zorg, Lichamelijke Gehandicaptenzorg
Verzorging en Verpleging	Verpleeghuiszorg, Intra- en extramurale Ouderenzorg, Thuiszorg, Kraamzorg en Mantelzorg
Vrije Beroepen	Tandheelkundige zorg, Paramedische zorg, Farmaceutische zorg, Huisartsenzorg, Verloskundige zorg, Medewerkers aanvullende verzekering en Gezondheidscentra
Hulpmiddelen en Ziekenvervoer	Leveranciers Hulpmiddelen, Zittend vervoer, Ambulancevervoer

Tabel 5.3: Zorgaandachtsgebiedsgroepen. Bron: Deelplan Organisatie ZIP, januari 1995

De partners in zorg (HBO- en universitair niveau) worden in de regio ondersteund door helpdeskmedewerkers die administratieve en secretariële taken verrichten. De helpdeskmedewerker is daarnaast (telefonisch) aanspreekpunt voor zorgaanbieders en zorgvragende verzekerden en neemt deel aan de ZAGG. De leiding wordt gevormd door vijf regio-managers. De onderscheiden managementtaken zijn het personeelsbeheer, ondersteuning van de 8 regionale Raden van Advies, regelen van het regionale relatiebeheer (in 1995 zijn dit circa 400 instituties en 6000 vrije beroepsbeoefenaren), de functionele aansturing van één ZAGG, het onderhouden van interne en externe contacten en deskundigheidsbevordering.

Het organogram van ZIP is nu een zuivere matrixstructuur, zie figuur 5.8.



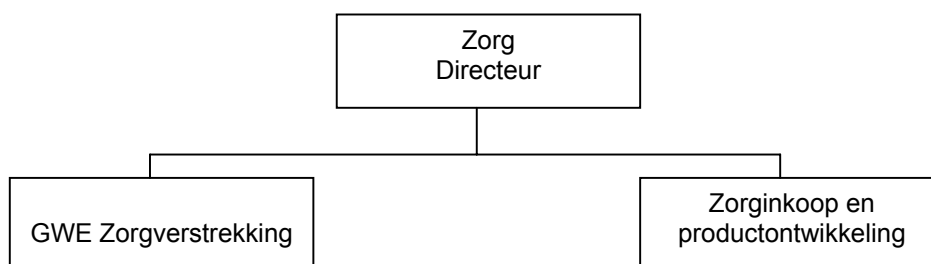
Figuur 5.8: Organogram ZIP 1995. Bron: Deelplan Organisatie ZIP 1995

(Dit organogram is overgenomen uit het deelplan Organisatie ZIP en geeft de matrix niet heel duidelijk weer.)

Elke regiomanager geeft hiërarchisch leiding aan twee regiokantoren en is daarnaast functioneel verantwoordelijk voor één zorgaandachtsgebied. 'Iedereen moest opnieuw solliciteren. Het streven was om op elk kantoor een medicus te plaatsen. Elk kantoor werd compleet ingericht, dus voor alle ZAGG'en'. Naast de regionale functies wordt een centrale stafafdeling ingericht met uitgesproken specialisten. Taken van de staf zijn onder meer het vervullen van de secretarisfunctie van een ZAGG, deelnemen aan landelijke overlegsituaties, verzorgen van de statistische bedrijfsinformatie, ondersteunen bij omvangrijke projecten, bij jaarplannen en kwartaalrapportages aan de Raad van Bestuur.

Directoraat Zorg, met en zonder de zorgadministratie

Het eindresultaat van de CONDOR-operatie is het ontstaan van het directoraat Zorg in 1996, zie figuur 5.9. Zorginkoop en Zorgverstrekking komen onder de aansturing van één Directeur Zorg. Deze structuur functioneert ongewijzigd totdat in 1998 de zorgkantoorconstructie voor de AWBZ wordt ingevoerd. Het werkgebied van VGZ beslaat zeven WZV-regio's. In vier regio's heeft VGZ in 1998 genoeg verzekerden om de concessie voor een zorgkantoor toegewezen te krijgen. Deze door de politiek opgelegde maatregel leidt in de organisatie tot een grote inspanning om de patiëntendossiers uit te wisselen met de zorgverzekeraars die de andere concessies krijgen. In 1999 wordt voor elk zorgkantoor een Raad van Advies opgericht. Een regiovisie, beleidsplan en een jaarplan geven richting aan de verdere ontwikkeling van het zorgkantoor.



Figuur 5.9: Directoraat Zorg 1996

De ontwikkeling van het zorgkantoor sinds 1998

De vier zorgkantoren van VGZ werken samen aan het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening. Enkele mijlpalen zijn:

Administratie

De zorgkantooradministratie wordt uitgevoerd door twee teams in Eindhoven. Deze administratie verzorgt de machtigingen, de afrekening met zorgaanbieders, de eigen bijdrage AWBZ en de uitvoering van de subsidieregelingen binnen de AWBZ. In 2000 wordt een integraal verbeterproject uitgevoerd om de organisatie, de werkwijze en de kwaliteit van de medewerkers te verbeteren.

Zorginkoopbeleid

De modernisering van de AWBZ, van kracht geworden op 1 januari 2003, leidt tot indicering voor zorgfuncties. Inzicht in de zorgvraag is essentieel. VGZ ontwikkelt een AWBZ-breed geautomatiseerd zorgregistratiesysteem, het AZR-VGZ. De wachtlijstgegevens worden hierin gecentraliseerd.

Intern wint dit project de VGZ Award, een prijs voor het meest innovatieve project. Het AZR-systeem wordt in 2005 landelijk gebruikt door de 32 zorgkantoren. De zorgkantoren sturen op het beperken van de wachttijden; er worden normen opgesteld voor het leveren van zorg binnen de zogenaamde Treeknormen.

Zorgcontractering

Vanaf 2002 wordt gewerkt met een checklist voor zorgcontractering: punten waarop het zorgkantoor een zorgaanbieder kan beoordelen. Deze checklist bevat punten als: de productiviteit, wachttijden, het inspelen op vragen van cliënten en nieuwe ontwikkelingen.

Visitatie

In 1999 testen de vier VGZ-zorgkantoren een eerste landelijk ontwikkeld visitatie-instrument. Hierna wordt dit visitatie-instrument door ZN verder verbeterd. In 2003 volgt een officiële visitatie. De VGZ-zorgkantoren krijgen een goede beoordeling.

Raad van Advies

Elk VGZ-zorgkantoor heeft een Raad van Advies. Deze Raad kan gevraagd en ongevraagd adviseren over de uitvoering van de AWBZ. Leden zijn afkomstig uit de kring van zorgvragers, zorgaanbieders, provincie, gemeenten en zorgverzekeraars onder een onafhankelijke voorzitter.

Het VGZ-brede Missie-visie-strategietraject heeft ook op dit directoraat effect. De splitsing van het directoraat in 1999 leidt tot een apart directoraat Zorgadministratie (ZGA) en tot het vertrek van de directeur Zorg uit deze functie. De nieuwe directeur Zorg wordt hiërarchisch alleen verantwoordelijk voor het zorginkoopgedeelte. Deze nieuwe en extern aangetrokken directeur¹¹ maakt in het zorginkoopbeleid een geleidelijke overgang van aanbodsturing (de zorgaanbieder als partner en klant) naar vraagsturing: de zorgvragende verzekerde komt centraal te staan als klant. De zorgaanbieder wordt letterlijk de leverancier van zorg en de relatie met zorgaanbieders wordt steeds zakelijker ingestoken. De toenemende wachtlijsten in die jaren resulteren in de ontwikkeling van een nieuwe dienst Zorgbemiddeling. In de jaren na 2000 ontwikkelt het Directoraat Zorg geleidelijk een eigen resultaatgerichtheid. Het imago van het directoraat verdient intern en extern een oppepper: 'Zorg is in 2000 een eiland, een black box en stoffig. Zowel binnen de VGZ-organisatie als daarbuiten kan zorginkoop beter in de publiciteit komen. In 2003 is Zorg een schiereiland, meer transparant en zeker niet stoffig'.

Op weg naar een dienstencentrum Zorginkoop en Zorgbeleid

In 2003 worden de voorbereidingen getroffen voor een organisatiestructuur van het directoraat Zorg die de fusie-organisatie met IZA kan bedienen. De ontwikkeling van een dienstencentrum Zorginkoop en Zorgbeleid moet de eisen van de toekomst kunnen pareren en een aantal knelpunten van de huidige structuur oplossen. De kern van de interne notitie over dit onderwerp is de omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken. Het opbouwen van goede relaties met de zorgaanbieders is niet langer het doel maar het middel.

Deze notitie beschrijft dat de toekomstige eisen aan de zorginkoop voortvloeien uit de volgende zaken: het centraal stellen van de (zorgvragende) verzekerde; zorg inkopen via een goede maar zakelijke relatie met de zorgaanbieder; de komst van de basisverzekering; de regierol van de zorgverzekeraar; het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod; het bedienen van de VGZ/IZA Groep (men gaat dus ook zorg inkopen voor IZA-verzekerden); de ontwikkeling naar de fase van 'proceskwaliteit' volgens het INK-model; de invoering van Competentiegericht Coachend Leiderschap (CCL) en van een cultuur die zich kenmerkt door klantgericht, relatiegericht, resultaatgericht en ondernemend gedrag vanuit een pro-actieve houding.

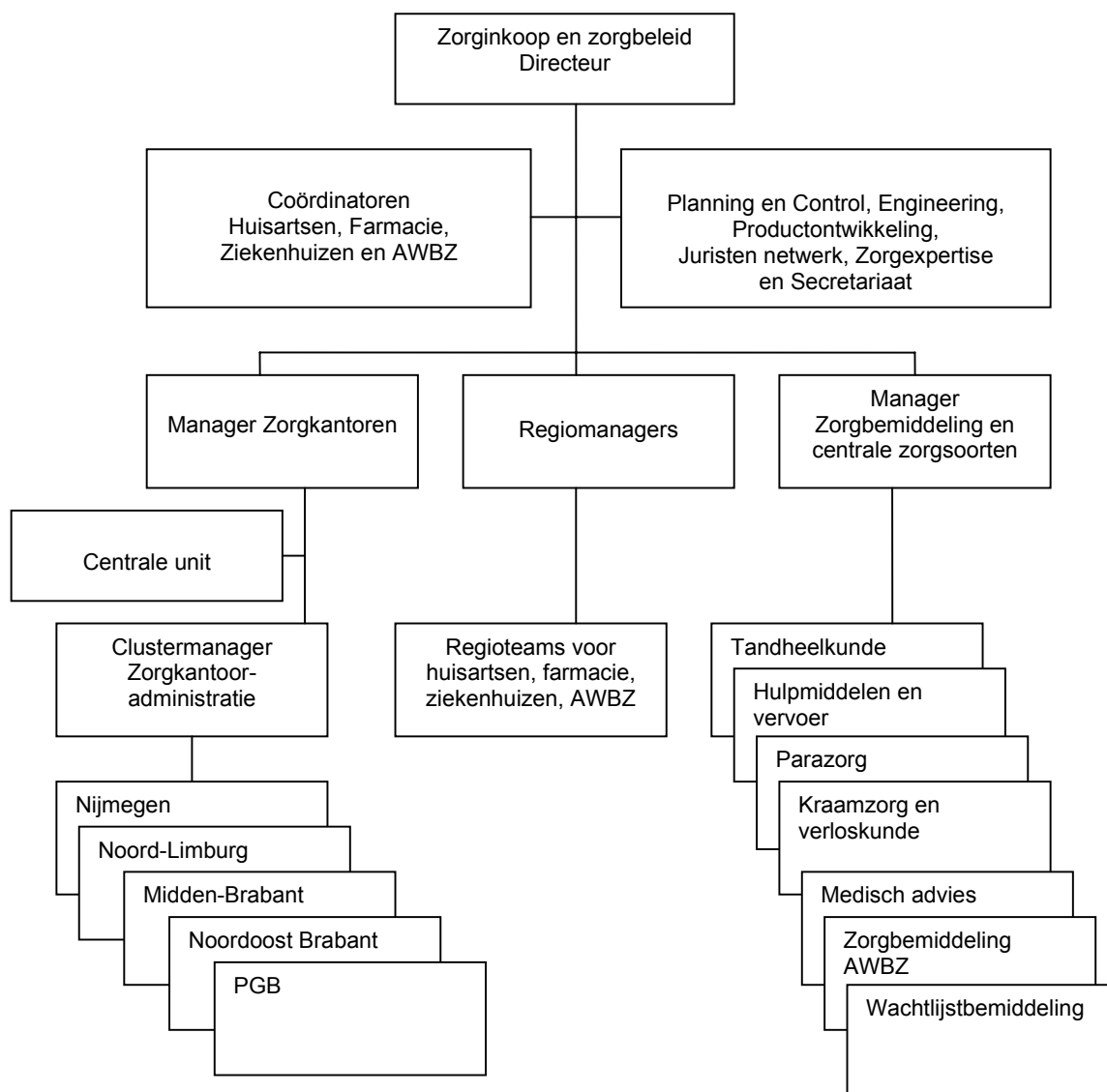
¹¹ Gedurende een klein jaar heeft het hoofd van de staf van Zorg de directeursfunctie ad interim vervuld, totdat deze vacature was vervuld.

Knelpunten van de huidige structuur en werkwijze die daarbij opgelost moeten worden zijn de volgende: het verbeteren van de processen (de processen van zorginkoop en zorgbemiddeling zijn onvoldoende beschreven, niet optimaal op elkaar afgestemd, niet ingericht vanuit de klant en onvoldoende resultaatgericht); het oplossen van de problemen die worden veroorzaakt door de matrixstructuur (onduidelijkheid door de twee-bazen problematiek, overbelasting van managers die bovendien slecht bereikbaar zijn voor medewerkers); het verminderen van de kwetsbaarheid van individueel werkende medewerkers (ontbreken van een wij-gevoel, individualistisch werken, moeizame onderlinge vervanging, te weinig aandacht voor ketenzorg, beleving van hoge werkdruk en een hoog ziekteverzuim); verduidelijken van bevoegdheden en verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld voor zorgkosten-beheersing en materiele controles); verbeteren van het inzicht in de verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod; ontwikkelen van een structuur voor productontwikkeling en verkleinen van de teams van de zorgkantooradministratie.

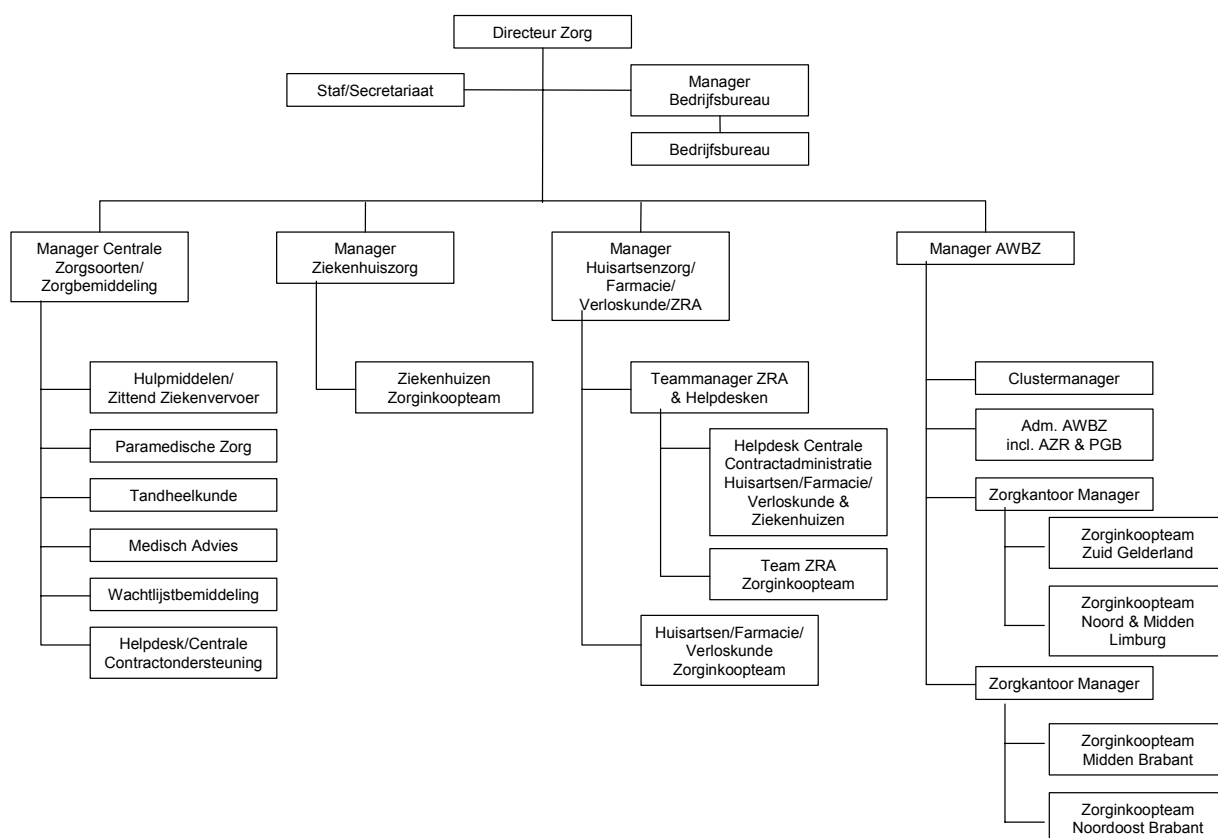
In 2003 wordt de laatste hand gelegd aan een nieuwe werkwijze. De basis hiervoor is het ontwikkelde 'proceslandschap zorg'. Er worden 8 realisatieprocessen, 5 besturende - en 5 ondersteunende processen gedefinieerd. Het centrale proces voor de invulling van de regierol in de zorg is 'het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod'. Dit is de basis om contracten af te sluiten en contractafspraken te monitoren. Het centrale proces dient regionaal plaats te vinden. Voor de processen 'contracten afsluiten' en 'contractafspraken monitoren' wordt een onderscheid gemaakt tussen ketengebonden zorgsoorten en niet-ketengebonden zorgsoorten. De ketengebonden zorgsoorten (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, farmacie en AWBZ-zorg) blijven een regionale uitvoering kennen. De niet-ketengebonden zorgsoorten (paramedische hulp, tandheelkunde, kraamzorg, verloskunde, hulpmiddelen en vervoer) krijgen een centrale uitvoering. Het concentreren van deze processen levert voordelen op ten aanzien van de effectiviteit, efficiency, kwetsbaarheid van medewerkers en schaarse expertise en een betere aansluiting tussen zorginkoop en zorgbemiddeling.

De nieuwe organisatiestructuur, zie figuur 5.10, betekent een forse breuk met het verleden. De matrixstructuur wordt opgeheven, de ZAGG'en en de staf verdwijnen en de teams worden kleiner. Voor de ketengebonden zorgsoorten wordt nog steeds gewerkt vanuit een regiokantoor. Hier blijven helpdeskmedewerkers, ondersteuners en accountmanagers, de nieuwe benaming van de functie partner in zorg, samen werken onder een regiomanager. Het zorginhoudelijke beleid wordt voorbereid door coördinatoren in samenwerking met de accountmanagers en vastgesteld door het managementteam. Deze coördinatoren zitten echter centraal en worden aangestuurd door de directeur Zorg. Voor de niet-ketengebonden zorgsoorten wordt de regionale aanwezigheid opgeheven. Alle disciplines van zorginkoop en zorgbemiddeling werken samen in centrale teams in Eindhoven, onder leiding van een coördinator. De inbedding in de regio's gebeurt via de regiovisie die tot stand komt onder de verantwoordelijkheid van de regiomanager.

Na het vertrek van de directeur Zorg wordt de organisatiestructuur van het Competence Center Zorgbeleid, Zorginkoop en AWBZ (afgekort CC Zorg) door de nieuwe directeur in deze zin doorgetrokken. Met ingang van 1 januari 2005 worden alle zorginkopers en ondersteuners (ook voor de ketengebonden zorgsoorten) samengebracht in centrale teams per zorgsoort in Nijmegen en Eindhoven (uitgezonderd de AWBZ). Er wordt één centrale contractadministratie ingericht en de functionele aansturing vindt centraal plaats. Hiermee is definitief de beleidslijn verlaten dat zorginkoop plaats moet vinden in de regio, dicht bij de zorgaanbieder. Het nieuwe organogram van het CC Zorg ziet er eind 2005 als volgt uit, figuur 5.11.



Figuur 5.10: Organogram Zorginkoop en Zorgbeleid 2003. Bron: De reis van zorg, juni 2003



Figuur 5.11: Organogram CC Zorg 2005. Bron: Vignet, 2005

5.2.2. Het zorginkoopproces

De ontwikkeling van het zorginkoopbeleid inhoudelijk

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is het niet noodzakelijk om diep in te gaan op zorginhoudelijke aspecten, maar een gespecialiseerde zorgverzekeraar als VGZ ontleent zijn legitimiteit ook en misschien wel juist aan de bereikte resultaten op dit gebied. Visie 3, die aan het begin van deze paragraaf is gepresenteerd, formuleert als strategische doelstellingen het inkopen van voldoende, toegankelijke en kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs, zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing. Het zorginkoopbeleid dat tot 1999 door de afzonderlijke ZAGG'en per zorgsoort wordt ontwikkeld, wordt vanaf 1999 gebundeld in het beleidskader zorginkoop. Dit beleidskader wordt bijna jaarlijks herijkt op de dan actuele situatie. Enkele highlights van het zorginkoopbeleid in de jaren 2001-2005 zijn de volgende, zie tabel 5.4.

Zorginkoopbeleid 2001 - 2005	
2001	De missie van zorg wordt afgeleid van de missie van VGZ: <i>'Het inkopen van zorg op basis van een zakelijke relatie met de zorgaanbieder (leverancier) en met de focus op de verzekerde (klant).'</i>

2003	<p>Beleidsplan Zorg 2004, Met Zorg geregeld.</p> <p>De missie van 2001 wordt aangescherpt: <i>‘Voor onze verzekerden kopen wij onderscheidende zorg in tegen een billijke prijs en wij gidsen onze verzekerden, waarbij kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg bewaakt worden’.</i></p> <p>Strategische thema's voor 2004 zijn: het verder ontwikkelen van het contracteerbeleid en de gidsfunctie, zorgkostenbeheersing, aandacht voor ketenzorg, zorgtoewijzing (AWBZ), productinnovatie en werken volgens de gemaakte procesbeschrijvingen.</p>
2005	<p>‘Zorg voor gezondheid en ziekte’ Beleidskader Zorg voor de jaren 2005-2008</p> <p>De visie op inkoop wordt in dit beleidskader uitgebreid met healthmanagement, diseasemanagement en bijzondere services en diensten, zie figuur 5.12.</p>

Tabel 5.4: Zorginkoopbeleid 2001-2005



Figuur 5.12: Visie op zorginkoop, beleidskader 2005-2008

Healthmanagement

Gezond blijven wordt door VGZ ondersteund met toegesneden en interactieve informatie (via de internetsites), nieuwe diensten (bijvoorbeeld de gezondheidszuilen bij Etos), aanbiedingen van producten, vergoeding van Pro-Activ van Becel en evenementen (bijvoorbeeld de VGZ-IZA-run voor verzekerden en medewerkers).

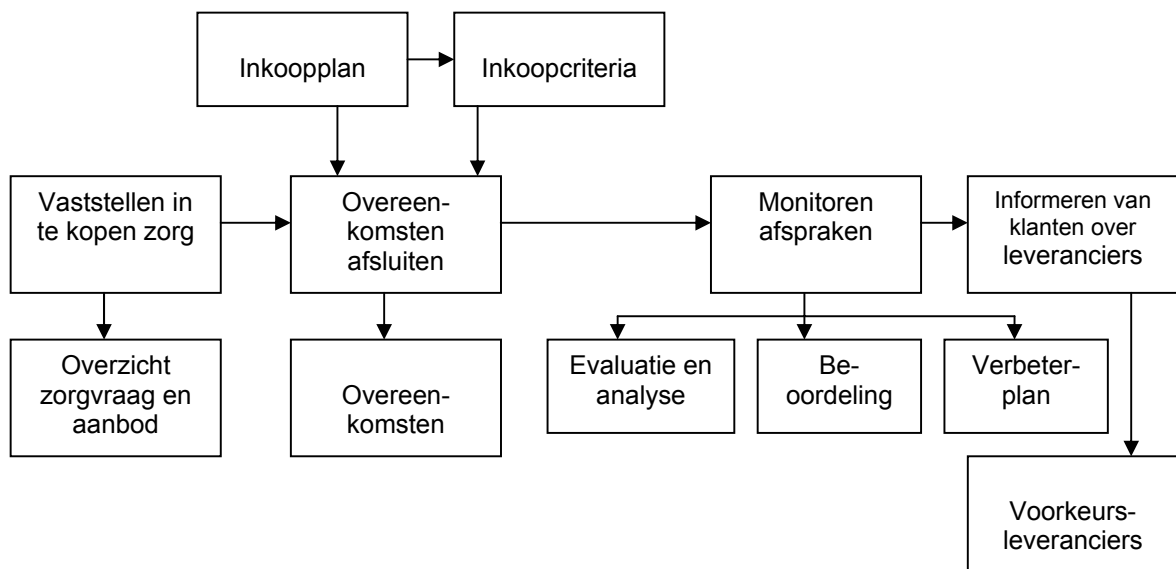
Diseasemanagement

Diseasemanagement betekent de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment. Voor zeven meest voorkomende chronische aandoeningen die de meeste impact hebben op

patiënten, werkt CC Zorg diseasemanagementprogramma's uit: reuma, oncologie, hart- en vaatziekten, diabetes, COPD (een longaandoening), obesitas (overgewicht) en CVA (een herseninfarct).

Inkoop Plus

Het zorginkoopproces is herijkt en heet vanaf 2004 'Inkoop Plus', zie figuur 5.13. De zorgvraag is in dit proces leidend voor de zorg die wordt ingekocht. De inkoopcriteria ontwikkelt CC Zorg vanuit de wensen van de klant (bijvoorbeeld vanuit overleg met patiëntenverenigingen), vanuit medische betrouwbaarheidscriteria (kwaliteitswet zorginstellingen, BIG, standaarden) en vanuit VGZ-IZA wensen (ten aanzien van de doelmatigheid, prijs, volume, facturatie, managementinformatie). Door de afspraken met zorgaanbieders te monitoren op deze criteria, kan een gewogen oordeel over deze zorgaanbieder worden ontwikkeld. Het oordeel 'uitstekend' (voorkeursleveranciers) en 'goed' (goede leveranciers), leidt tot het aanbevelen van deze zorgaanbieders bij klanten van VGZ-IZA. Het oordeel 'onvoldoende' leidt tot een waarschuwing en verscherpt toezicht. Als geen verbetering optreedt, wordt het contract niet verlengd en wordt klanten afgeraden naar deze zorgaanbieder te gaan.



Figuur 5.13: Inkoop Plus. Bron: Beleidskader 2005-2008

Het contracteerbeleid van VGZ is in de onderzoeksperiode onder invloed van de politiek en van maatschappelijke ontwikkelingen dus sterk gewijzigd. Eind jaren tachtig is het contract met een zorgaanbieder de betaaltitel die de rechtmatigheid van de uitgaven waarborgt. Er staan daarom ook vooral veel administratieve bepalingen in. Wettelijk gezien blijft dit ook zo. Maar vanaf 2000 wordt de overeenkomst met zorgaanbieders ook het middel om resultaatgerichte afspraken te maken over volume, toegankelijkheid, kwaliteit en prijs van de zorg. Vanaf 1 januari 2004 ziet het CTZ strikt toe op de wettelijke eis een contract af te sluiten met de zorgaanbieders die aan de ziekenfondsverzekerden zorg verlenen. Als een contract niet kan worden afgesloten, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder weigert te tekenen, dient de zorgverzekeraar aan te tonen dat zij voldoende inspanningen heeft gepleegd om dit contract tot stand te laten komen.

In 2005 contracteert VGZ landelijk circa 32.000 zorgaanbieders. Omdat één zorgverzekeraar niet landelijk kan inkopen, maar wel landelijk moet contracteren worden nu vier soorten overeenkomsten onderscheiden: de betaalovereenkomst of de basisovereenkomst voor die zorgaanbieders die aan weinig VGZ-verzekerden zorg verlenen, en het prestatiecontract of een voorkeursovereenkomst, voor die zorgaanbieders met wie VGZ zelf onderhandelt over de kwantiteit, de kwaliteit, de doelmatigheid en de continuïteit van de zorg. De inkoopcriteria die in deze contracten worden opgenomen, zijn afgestemd met de zorgaanbieders en patiëntenvertegenwoordigers. Elke individuele zorgaanbieder wordt op basis van deze inkoopcriteria periodiek getoetst. Zorgaanbieders die goed scoren worden voorkeurleveranciers.

De volgende voorbeelden geven voor de geïnteresseerde lezer een inhoudsopgave van een overeenkomst met huisartsen in 1984 en 1994 en met ziekenhuizen in 2004. Hieruit blijkt dat de overeenkomst met zorgaanbieders aanvankelijk vooral een administratieve aangelegenheid was, maar later steeds meer kwalitatieve aspecten van de zorg bevat.

Contractering van huisartsen

Een overeenkomst van het ziekenfonds BAZ Nijmegen e.o. met een huisarts anno 1984:

De ondergetekenden, in aanmerking nemende de tussen de VNZ en de LHV bereikte overeenstemming over de inhoud van een overeenkomst als bedoeld in artikel 44 van de Ziekenfondswet m.b.t. de verstrekkingen genees- en heelkundige hulp, verloskundige hulp en farmaceutische hulp te verlenen door huisartsen, aan te gaan tussen een ziekenfonds en een huisarts, zijn het volgende overeengekomen:

- | | |
|----------------|---|
| Artikel 1. | Inleidende bepalingen |
| Artikel 2. | De rechtsverhouding tussen ziekenfonds en huisarts wordt geregeld door deze overeenkomst, de aanvullingen of wijzigingen dezer overeenkomst, de honoreringsovereenkomst |
| Artikel 3. | Wijzigingen of aanvullingen |
| Artikel 4. | Keuze (van patiënten voor een huisarts en van verzekerden voor een ziekenfonds) |
| Artikel 5-8. | Inschrijving en afschrijving |
| Artikel 9-13. | Hulp |
| Artikel 14-16. | Waarneming |
| Artikel 17. | Controle-bepaling |
| Artikel 18. | Honorering |
| Artikel 19. | Schorsing |
| Artikel 20-22. | Einde der overeenkomst |
| Artikel 23. | Ontbinding |
| Artikel 24. | Geschillenregeling blijft van kracht |
| Artikel 25-26. | Geschillen |

Getekend door de directeur BAZ Nijmegen en omstreken en de huisarts

Een Collectieve ZorgOvereenkomst van VGZ met de DHV Midden Brabant anno 1994:

De ondergetekenden, Stichting Ziekenfonds VGZ gevestigd te Nijmegen en de Districts Huisartsen Vereniging Midden Brabant komen een Collectieve ZorgOvereenkomst overeen.

- | | |
|------------|---|
| Artikel 1. | Definities |
| Artikel 2. | Gebied (waarop de CZO van toepassing is, het werkgebied van de DHV) |
| Artikel 3. | De regionale zorgvisie |

Artikel 4.	De individuele overeenkomst
Artikel 5.	Deskundigheidsbevorderingsbeleid
Artikel 6.	Ondersteuningsbeleid
Artikel 7.	FTO-beleid (Farmaco Therapeutisch Overleg)
Artikel 8.	Huisartsengroepen beleid DHV
Artikel 9.	Automatiseringsbeleid
Artikel 10.	Projecten
Artikel 11.	Duur van de overeenkomst
Artikel 12.	Evaluatie en aanpassingen
Artikel 13.	Overleg en Communicatiestructuur

Getekend door de manager Zorginkoop en productontwikkeling en de huisarts

Bijlage 1.	Gebied waarop de CZO van toepassing is
Bijlage 2.	Regionale zorgvisie op huisartsgeneeskunde
Bijlage 3.	Overleg en communicatiestructuur
Bijlage 4.	CvO-reglement (Commissie van Overleg)
Bijlage 5.	Passanten, geldigheid van bewijs van inschrijving
Bijlage 6.	Vergoeding voor en declaratie van FTO, nascholing en automatisering
Bijlage 7.	Klachtenregeling huisartsgeneeskunde
Bijlage 8.	Vestigingsbeleid
Bijlage 9.	Administratieve bepalingen
Bijlage 10.	overeenkomst zorgverzekeraar – vrijgevestigd huisarts Met als bijlagen: Verbruiksartikelen (bijlage A) en Intensieve Thuiszorg (bijlage B)
Bijlage 11.	Overeenkomst apotheekhoudend huisarts - zorgverzekeraar Met als bijlagen: Vestigings- en spreidingsbeleid (bijlage A) en Hulpmiddelen (bijlage B)

Kwaliteitsparagraaf ziekenhuizen 2004

De kwaliteitsparagraaf in het contract van ziekenhuizen bevat de vastgelegde afspraken over de kwaliteit van zorg. In 2001 is deze kwaliteitsparagraaf voor het eerst opgenomen in de overeenkomst. Sinds 2004 wordt deze kwaliteitsparagraaf voorzien van prestatie-indicatoren.

Kwaliteitsdimensies: effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, doelmatigheid, tijdigheid, gelijkheid.

Prestatie-indicatoren Ziekenhuiszorg	<u>Te behalen punten</u> 300 punten maximaal
Aanlevering productiegegevens	10
Realisatie productieafpraak	30
Score op 5 VGZ ratio's	20
Klanttevredenheidsonderzoek	30
Voldoen aan informatiebehoefte van de patiënt	20
Werken met een model van patiënttoewijzing	20
Levering van wachtlijstgegevens	10
Wachttijden	20
Decubitus [doorliggen]	20
Postoperatieve wondinfecties	20
Complicatieregistratie	20
Best practices (CBO doorbraakprojecten of eigen best practices)	30
Voldoen aan kwaliteitssystemen (NIAZ, HKZ of INK)	30
Afgezegde operaties binnen 24 uur	20

Zorgkostenbeheersing

Behalve zorginkoop en zorgvernieuwing is zorgkostenbeheersing een belangrijke prioriteit van de zorginkoopfunctie. Dit overigens tegen de zin van verschillende zorginhoudelijke medewerkers van dit directoraat. In 2003 stelt een aantal geïnterviewden: 'Zorg wordt geconfronteerd met het dilemma dat men ondernemend moet zijn, maar dat het niets mag kosten'. 'De politiek dringt de zorgverzekeraars een regierol op, zo worden we de vijand. Door prestatiecontracten en kwaliteitsparagrafen scheppen we meer afstand tussen onszelf en de zorgaanbieders: we leggen de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder en gaan over tot het controleren van de gemaakte afspraken. Zo worden we steeds meer een bank. We zijn bij de inhoud weg'.

Zorgkostenbeheersing is binnen VGZ tot 2000 het domein van de financiële administratie. CC Zorg en de financiële administratie verstaan elkaar slecht, omdat men hardnekkig verschillende prognoses voor zorgkosten hanteert. Het DataWareHouse wordt aanvankelijk alleen gebruikt om kostenstijgingen te verklaren. Omdat in 2002 de zorgkosten enorm toenemen, wordt hier vanaf dat moment meer energie in gestoken. Zorgkostenbeheersing wordt dan steeds meer een gezamenlijke inspanning van de financiële administratie, de zorgadministratie en zorginkoop. Het DataWareHouse wordt vanaf 2004 ook gebruikt om een prognose te maken van de zorgkosten, iets dat steeds beter lukt.

Marktwerving in de hulpmiddelensector

'Als we de marktwerving in de zorg uitzetten op een schaal van veel- naar weinig marktwerving, ziet dit er als volgt uit: Hulpmiddelen, Paramedische Zorg, Specialistische Zorg, Ziekenhuiszorg en Huisartsenzorg.

De hulpmiddelensector leent zich goed voor marktwerving. Hulpmiddelen worden vergoed via de Ziekenfondswet (ook via de prijs van de verpleegdag en het OK-tarief van ziekenhuizen), de AWBZ (verstrekkingen via de thuiszorg en in AWBZ-instellingen) en de aanvullende verzekeringen. De voorschrijver (de arts) is in geval van maatwerk eindverantwoordelijk voor de vorm en de inhoud van de verstrekking (receptplicht). In geval van confectievoorzieningen is de voorschrijver niet leidend, maar gelden de normale ISO-normeringen. Zorgverzekeraar VGZ beïnvloedt de kwaliteit, de prijs en het volume. VGZ stelt vast hoe de zorg ingericht moet worden: de kwaliteit van de leverancier wordt bepaald door bijvoorbeeld opleidingseisen, certificering, bij- en nascholingeisen en inrichtingseisen aan de organisatie. De kwaliteit van het product wordt bepaald via normen voor het hulpmiddel. Ook zijn er eisen aan de kwaliteit van de dienstverlening. Er worden protocollen overeengekomen en elke zorgaanbieder heeft een medewerkersovereenkomst. De prijzen van bijvoorbeeld therapeutische elastische kousen zijn door VGZ vastgesteld door de drie beste offertes (de goedkoopste) per soort voorziening te middelen. Dit is de hardwarevergoeding die VGZ biedt. Het CTG heeft geen invloed op deze tarieven. Het volume wordt bepaald door criteria op te stellen die aangeven wanneer een voorziening wordt vergoed en hoelang de goede werking van het hulpmiddel gegarandeerd moet worden.

In vergelijking met de 8 grootste zorgverzekeraars waren wij in 1998 de duurste qua zorgkosten hulpmiddelen en zijn wij nu het goedkoopst. Het centraliseren van de inkoop van hulpmiddelen is een gouden keus geweest. Voorheen vond geen adequate aansturing plaats. Bovendien is de onderlinge communicatie sterk verbeterd. Sinds we in één kamer zitten met vijf mensen hebben we in korte tijd meer kennis en ervaring uitgewisseld dan in de tien jaren daarvoor'.

5.2.3. Resultaten van de zorginkoopfunctie

Ook de resultaten van de zorginkoopfunctie kunnen worden uitgedrukt in de organisatiegebieden en in de resultaatgebieden van het INK-managementmodel. Realisatie van de strategische doelstellingen van visie 3, het inkopen van voldoende, toegankelijke en kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs, zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing, leidt tot de wenselijke resultaten dat VGZ de zorgvraag kan kwantificeren, samen met zorgaanbieders kan komen tot voldoende aanbod en goede afspraken over de toegankelijkheid, de kwaliteit en de prijs van de zorg.

Inspanningen en resultaten van de zorginkoopfunctie 1989 - 2006

Voldoende zorg: contracteringsgraad

2003: gemiddeld 69%

2004: gemiddeld 83% van circa 31.000 zorgaanbieders in heel Nederland

2005: gemiddeld 86% van 32.055 zorgaanbieders in heel Nederland

Toegankelijke zorg: zorgbemiddeling voor VGZ-IZA en sinds 2005 ook voor Trias en De Goudse

	Aantal bemiddelingen	bespaarde wachttijd
2003:	6.234 verzekerden	
2004:	7.350 verzekerden	13 weken
2005:	8.538 verzekerden	11 weken

Toegankelijke zorg: gidsfunctie

Via www.vgz.nl en www.izz.nl worden verzekerden geïnformeerd over de beschikbare zorg via de zorggids.

Toegankelijke zorg: andere initiatieven

- Uitbreiding van de MRI-capaciteit door deze buiten de reguliere tijden ook 's avonds en in het weekend te benutten (ViaCura in Venlo en de Bergland Kliniek in Tilburg).
- Contractering van nieuwe zorgaanbieders: een ZBC in Mill voor sterilisatie van de vrouw, Median Kliniken (een serie revalidatieklinieken en ziekenhuizen in Duitsland voor knie- en heupoperaties aangevuld met revalidatie en kuurfaciliteiten).
- Versnelde toegang voor VGZ-verzekerden bij de maatschap orthopedie van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

Betaalbare zorg: zorgkosten

Zie hoofdstuk 6.

Kwaliteit van zorg/zorgvernieuwing/preventie/nieuwe dienstverlening

Voorbeelden van resultaten op dit gebied zijn de volgende:

- de websites (www.gezondvgz.nl en www.gezondizz.nl en www.gezondiza.nl);
- WebWouter, met onder andere een eetdagboek voor kinderen;
- de gezondheidslijn (een telefonische hulplijn 0900-2123123);
- evenementen als een testdag over voeding en overgewicht, bijdrage aan de Nationale Poetsweek, e.a.
- een Gezond Leven Test voor collectief verzekerden;
- de Becel pro.activ actie: 100.000 verzekerden maken in 2005 gebruik van een vergoeding voor dit product;
- de luierservice (A-kwaliteit luiers tegen een concurrerende prijs thuisbezorgd);

- korting op diverse producten: de Oral-B elektrische tandenborstel (in 2005 zijn hiervan 3.888 stuks verkocht), allergeenvrije matras- en kussenhoezen, testmateriaal om de bloedsuikerwaarde te bepalen voor mensen met type II diabetici;
- een centraal telefoonnummer (0900-11331133) voor onplanbare (acute) AWBZ-zorg in de regio Noord- en Midden-Limburg;
- pilot 'E-Consult', om de communicatie tussen patiënten en huisartsen te versnellen;
- een virtueel spreekuur, een module op www.gezondvgz.nl met een diëtiste, een oogarts (in 2005 wint dit initiatief de Medische Innovatieprijs, uitgereikt door de LHV en het NHG);
- herkenningstickers op de deur van voorkeursleveranciers;
- zorgverzekeraars VGZ, CZ en OZ investeren samen in Robuust, een nieuwe organisatie voor de ondersteuning van eerstelijns zorgverleners in Zeeland, Brabant, Limburg en de regio Nijmegen;
- oprichting van de Stichting Miletus, samen met Agis, Menzis en Delta Lloyd. Deze Stichting heeft als doel het uitzetten en beheren van vragenlijsten om de klantervaring in de zorg te meten, op basis van de CAHPS-methodiek;
- Transparantieproject van CZ, VGZ-IZA en Centre for Quality of Care Research (WOK) van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen, om de kwaliteit en doelmatigheid van de huisartsenzorg te verbeteren;
- Contracteerbeleid hulpmiddelen.

Kwaliteit van het zorginkoopproces

Sinds 2004 toetst het CTZ ook het zorginkoopproces. VGZ realiseert hierbij de volgende resultaten:

2004: Beste inkoper van hulpmiddelen

2005: Beste inkoper van ziekenhuiszorg, Beste inkoper van kraamzorg,
Beste inkoper van ambulancezorg (met andere zorgverzekeraars)

De resultaten van de zorginkoopfunctie zijn verder te rubriceren naar zorgsoort. Enkele recente voorbeelden van bereikte resultaten zijn de volgende:

Ziekenhuizen:

In 1999 worden meerjarenafspraken met ziekenhuizen en medisch specialisten gerealiseerd.

Om de wachtlijsten terug te dringen worden in 2002 extra productie-afspraken gemaakt met ziekenhuizen en ZBC's.

In 2002 wordt een nieuw contract ontwikkeld inclusief een kwaliteitsparagraaf met criteria ten aanzien van professionele, functionele en relationele kwaliteit. Vanaf 2003 wordt met alle zestien ziekenhuizen in het traditionele werkgebied dit prestatiecontract afgesloten. De vier best presterende ziekenhuizen krijgen in 2004 het predikaat voorkeursleverancier.

In 2003 wordt met de St.Maartenskliniek in Nijmegen een contract gesloten over DBC's.

Het percentage specialismen dat zorg verleent binnen de Treeknorm stijgt in 2004 naar 67%.

In 2005 groeit de bereidheid van ziekenhuizen om zich via de prestatiecontracten te onderscheiden op de kwaliteit van zorg. Vier ziekenhuizen ontvangen het predikaat 'voorkeursleverancier' en een bonus. Vier ziekenhuizen ontvangen een eervolle vermelding voor de grootste verbetering in 2004.

Vanaf 1 februari 2005 onderhandelt VGZ-IZA over de prijs van het B-segment van de DBC's.

Een monitoringsysteem geeft inzicht in de marktconforme DBC-prijzen in het B-segment.

Voor het A-segment van de DBC's geldt nog een vast tarief.

Huisartsen:

In 2005 wordt een contracteerbeleid voor huisartsenzorg ontwikkeld. Om de eerste lijn te versterken worden op vier punten afspraken gemaakt: uitbreiding praktijkondersteuning, uitbreiding RIZ-verrichtingen, een inspanningsverplichting om generieke geneesmiddelen voor te schrijven en de stimulering van samenwerkingsverbanden. VGZ vergoed vanaf 2005 de kosten die huisartsenpraktijken moeten maken om het keurmerk van de NHG te behalen.

<p><i>Paramedische zorg:</i> In 1999 wordt een nieuwe kwaliteitsmeting voor fysiotherapie ontwikkeld in samenwerking met fysiotherapeuten. Per 1 mei 2005 vervalt de contracteerplicht voor paramedische zorg. VGZ stelt een restitutiebedrag vast dat lager is dan het gecontracteerde tarief 2005.</p>
<p><i>Kraamzorg:</i> VGZ krijgt in 2005 de titel 'beste inkoper' voor kraamzorg van het CTZ. Kraamcentra met een kwaliteitscertificaat HKZ en WHO-borstvoeding krijgen een hoger tarief.</p>
<p><i>Hulpmiddelen:</i> Aanbesteding voor de levering van incontinentiemateriaal (1999). Overeenkomst afgesloten met Hans Anders voor de levering van een digitaal hoortoestel (1999). Europese aanbestedings-procedure van zittend ziekenvervoer afgerond (2002): voor geheel Nederland wordt een contract afgesloten met acht vervoerders. De aanbesteding van trippel- en sta-opstoelen en medicinale zuurstof succesvol afgerond (2004). In 2005 wordt een aanbesteding van bedden en anti-doorligmaterialen afgerond met een vijf-jarig contract; in 2005 wordt hierdoor een kostenbesparing van 33% gerealiseerd. In 2005 worden ook aanbestedingen afgerond voor zit-, sta- en loopmiddelen bij kinderrevalidatie, cpap- en tensapparatuur.</p>
<p><i>Farmaceutische zorg:</i> In 2003 wordt een contract gesloten met Etos, die distributiepunten vestigt in Den Bosch. De kostenstijging van medicijnen, die de laatste jaren rond de 10% bedraagt, wordt in 2004 omgebogen tot een kostendaling van 2%. Met apothekers worden afspraken gemaakt over de prijzen voor generieke geneesmiddelen, aansluitend op het landelijke convenant van 2004.</p>
<p><i>Aanvullende dienstverlening:</i> Medic Support Team ingericht: een vangnet voor verzekerden zonder huisarts. Het begrip 'gezondheidsmanagement' krijgt vorm: gezondheid, preventie een leefstijl worden actief uitgedragen: www.GezondVGZ.nl, het magazine GezondVGZ en de telefonische VGZ-Gezondheidslijn, bewegingscursussen voor ouderen, sponsoring van TV-programma's. Via GezondVGZ kunnen patiënten via internet en telefonisch vragen stellen aan ervaren verpleegkundigen.</p>
<p><i>Zorgkantoren:</i> In 2003 wordt het project 'Overstag' uitgevoerd om te gaan voldoen aan alle wettelijke eisen voor de AWBZ-uitvoering. De uitvoering van de AWBZ krijgt in 2004 het oordeel 'ruim voldoende' van het CTZ.</p>

Tabel 5.5: Inspanningen en resultaten van de zorginkoopfunctie 1989-2006

5.3. De administratieve functie

Zorgverzekering:

De verzekerdenadministratie is verantwoordelijk voor het uitvoeren van alle activiteiten die samenhangen met het hebben en houden van een juiste, volledige en toegankelijke verzekerdenregistratie. Dit is noodzakelijk om te voldoen aan wettelijke voorschriften, om misbruik of verkwisting van gemeenschapsgelden tegen te gaan en om de basis te leggen voor een goede service- en dienstverlening.

De kerntaken zijn: het registreren, accepteren en beheren van de verzekeringsgegevens van alle VGZverzekerden en de labels; vanuit deze verwerking de klant berichten; het controleren van de rechtmatigheid van inschrijving; factureren van de premie, verwerken van premieontvangsten en – restituties, bewaken en aanmanen; en deze processen daar waar mogelijk in samenwerking met klanten/opdrachtgevers te verbeteren.

Zorgverstrekking:

Deze administratie bevat alle activiteiten voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, AWBZ en 'verhaal':

de verwerking van declaraties (in natura en restitutieverwerking, vaststellen eigen bijdrage); het beoordelen van machtigingen, controle van de tarieven; verificatie van de bevoegdheid van zorgaanbieders, berekenen van de abonnementshonoraria; verhaalsrecht; materiële controle en het verzamelen van statistische informatie.

5.3.1. Organisatieontwikkeling van de administratiefunctie

In de onderzoeksperiode is de administratie van VGZ sterk geconcentreerd, geprofessionaliseerd, geautomatiseerd en gedigitaliseerd. Er zijn verschillende nieuwe taken bij gekomen en er zijn werkzaamheden uitbesteed. In 1989 is de beste administratief medewerker degene met de meeste materiekennis en ervaring. In 2006 is veel materiedeskundigheid in de computer verdwenen¹² en heeft de administratieve medewerker andere competenties nodig. Deze paragraaf beschrijft de transformatie van de administratieve functie van 1989 tot 2006. De grote bewegingen in deze periode zijn zichtbaar in de organisatiestructuur, in de automatisering, de werkprocessen en de gewenste kwaliteiten van de medewerkers.

De administratie voor CONDOR

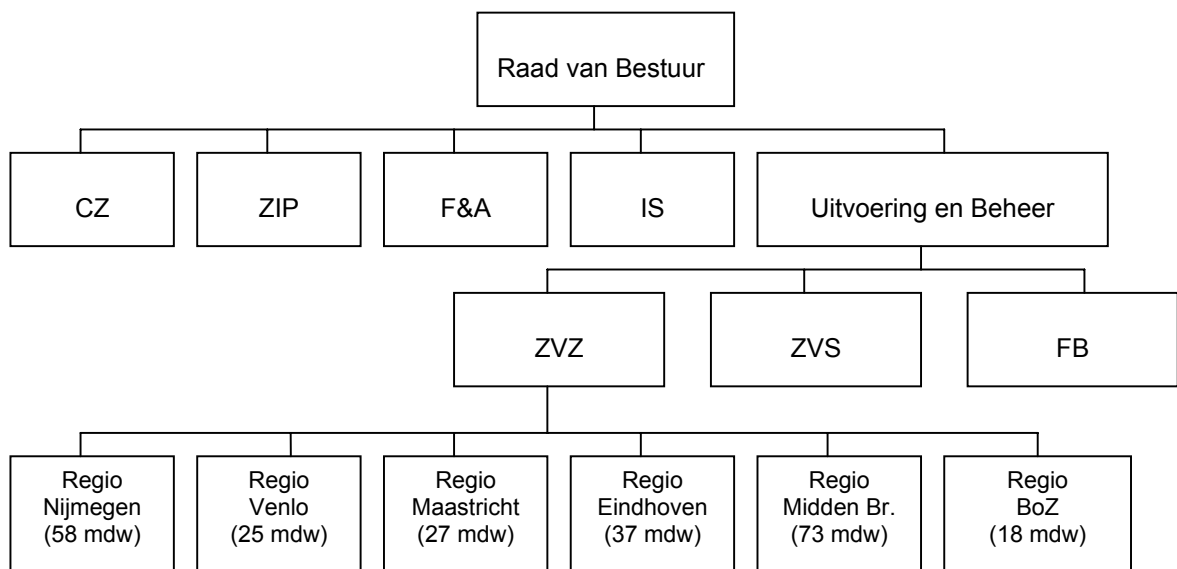
De geïnterviewden spreken vrijwel zonder uitzondering met enige weemoed over de zes kleine en overzichtelijke ziekenfondsen van 1989. De verzekerdenadministratie en de zorgadministratie waren op één locatie gehuisvest en de communicatielijnen waren daardoor kort. 'De verzekerdenadministratie bestond uit een polisadministratie, een balie, een buitendienst, de telefooncentrale en functies om deze processen te verbeteren. Een

¹² Een citaat uit de hoek van Klantcontacten staft deze uitspraak nog het best: 'In de contactschil beantwoordde een medewerker aan de telefoon de vragen van een klant bij wijze van spreken uit het hoofd. Als iets opgezocht moest worden was het papieren archief dichtbij. Tegenwoordig gaan de (wettelijke, e.a.) veranderingen zo snel dat je medewerkers daar niet meer op kunt scholen. De wettelijke en organisatiegebonden kennis zit in de computer en de medewerker klantcontacten heeft andere vaardigheden nodig: snel antwoorden kunnen opzoeken, goed kunnen luisteren, goed kunnen inspelen op de verwachtingen van de klant en de verkoopmomenten pakken. Klantcontacten begon met 9 skillgroepen, gaat naar 3 skillgroepen en zal uiteindelijk op 1 skillgroep uitkomen.'

geïntegreerde afdeling dus. Kennis zat in het hoofd van de medewerker en de ICT was dominant voor de werkwijze'. 'De verzekerdenadministratie was in die tijd heel klantgericht. De buitendienst bezocht verzekerden aan huis en vertolkte de stem van de klant. Er werd altijd gezocht naar een interpretatie van de regels waardoor iets toch (deels) vergoed kon worden. In het geval van fraude was de buitendienst juist fel en kwam op voor de organisatie'. 'Bij de balie lag een enquêteformulier om de klanttevredenheid te meten. De verzekerde werd uitgenodigd om klachten in te dienen'.

Door de fusie van 1989 verandert er in eerste instantie niet veel omdat iedereen tot 1995 regionaal verspreid blijft werken. Er zijn drie verschillende automatiseringssystemen in gebruik en zes verschillende werkwijzen. De eerste majeure verandering voor de administratiefunctie is dan ook dat VGZ in 1993 gaat werken met één geautomatiseerd systeem. 'Dit leverde veel weerstand op, maar ook saamhorigheid omdat iedereen elkaar ging helpen'. 'Omdat ook werkgevers zich niets aantrokken van het loslaten van de werkgebieden in 1992 en werkgeversverklaringen bleven sturen naar het ziekenfonds dat zij gewend waren, ontstonden 'dubbele verzekerden'. Met CZ (Centraal Ziekenfonds) werden verzekerdenbestanden vergeleken en werden verzekerden 'geruild'.

Vlak voor CONDOR geeft de directeur Uitvoering en Beheer leiding aan drie sectorhoofden, zie figuur 5.14.



Figuur 5.14: Organogram Zorgverzekering, december 1993. Bron: Deelplan ZVZ, januari 1995

Het hoofd van de sector ZVZ geeft leiding aan vier ZVZ-managers die op hun beurt leiding geven aan een regiokantoor ZVZ (twee managers sturen elk twee kantoren aan). Voor ZVZ zijn er binnen een regiokantoor 3, 4 (Bergen op Zoom) of 5 (Midden Brabant) hiërarchische niveaus zichtbaar. In totaal werken eind 1993 238 medewerkers (214,9 fte) voor ZVZ, waarvan 45 leidinggevend. ZVS is aanmerkelijk groter. Het hoofd van de sector ZVS geeft leiding aan zes ZVS-managers die elk leiding geven aan een regiokantoor ZVS. Ieder regiokantoor is wederom verschillend georganiseerd. De regionale organisaties ZVS kennen in personele omvang een variatiebreedte van 45 tot 130 personen. In totaal werken eind 1993 468 medewerkers (406,8 fte) voor ZVS, waarvan 48 leidinggevend.

De knelpunten van deze organisatievorm zijn bekend: ongelijke behandeling van klanten, ongelijke kwaliteit van dienstverlening en veel administratieve rompslomp als verzekerden

verhuizen van het werkgebied van het ene regiokantoor naar het andere. Tot 1997 wordt namelijk nog wel gewerkt met zes verschillende klantbestanden voor ziekenfonds-verzekerden én zes verschillende klantbestanden voor particuliere verzekerden. Ook het 'domeindenken' wordt als knelpunt gesignaleerd: wie mag waarover beslissen? Bij ZVS is het ontbreken van één adres voor de zorgaanbieder een probleem. 'De zorgaanbieder stuurt de rekening naar het regiokantoor in wiens gebied de verzekerde woonachtig is'. Dit is natuurlijk onnodig complex: de zorgaanbieder onderhoudt zo met zes regiokantoren contacten.

De tweede en ongetwijfeld de belangrijkste wijziging voor de administratieve functie is dan ook de concentratie van de regionale administraties op twee locaties: Tilburg en Eindhoven. Dit heeft een enorme impact op de op dat moment ruim 600 administratieve medewerkers.

CONDOR: concentratie van de backoffice-functie

De CONDOR operatie leidt tot de inrichting van de Geconcentreerde WerkEenheid (GWE) Zorgverzekering in Tilburg (project C31A) en de Geconcentreerde WerkEenheid (GWE) Zorgverstreking in Eindhoven (project C31B). Beide projecten trekken gezamenlijk op bij de inrichting van de nieuwe organisatiestructuur, wat goed te zien is in de beide deelplannen. Er wordt door 90 mensen, multidisciplinair en in diverse werkgroepen aan gewerkt. De deelname aan deze projectgroepen vereist natuurlijk de nodige tijd, wat ten koste gaat van de dagelijkse werkzaamheden. Om deze going concernactiviteiten ongestoord doorgang te laten vinden wordt een 'brandweerploeg' operationeel: uitzendkrachten die flexibel inzetbaar zijn om achterstanden weg te werken.

Teams en aansturing van ZVZ en ZVS

ZVZ en ZVS worden volgens identieke organisatieprincipes opgezet. De GWE's worden opgebouwd uit teams, die alle activiteiten rondom een bepaalde klant afhandelen. Elk team werkt het proces zoveel mogelijk van kop tot staart af¹³. Zowel bij ZVZ als bij ZVS is de klant het dominante indelingscriterium voor de vaststelling van de teams. Bij ZVZ worden zeven teams ingericht: twee voor de zakelijke markt en vijf voor de consumentenmarkt. Deze laatste voeren alle ZVZ-taken uit voor de verzekerden van de oorspronkelijke regio's. Bij ZVS worden veertien teams ingericht: zeven verzekerdenteams, vijf zorgaanbiedersteams, één team voor de AWBZ-uitvoering en één team voor Verhaal.

Een team bestaat om klantgericht en resultaatgericht te kunnen werken uit 30 mensen, plus of minus 5. Per team wordt een contactschil ingericht, bemand door medewerkers met een groot probleemoplossend vermogen, een brede kennis van zaken en invloed op het productieproces. Binnen een team worden drie functies onderkend: de medewerker gegevensverwerking, de medewerker gegevensverwerking en contacten (dit is dezelfde functie met 50% werk in de contactschil) en de medewerker procesbegeleiding.

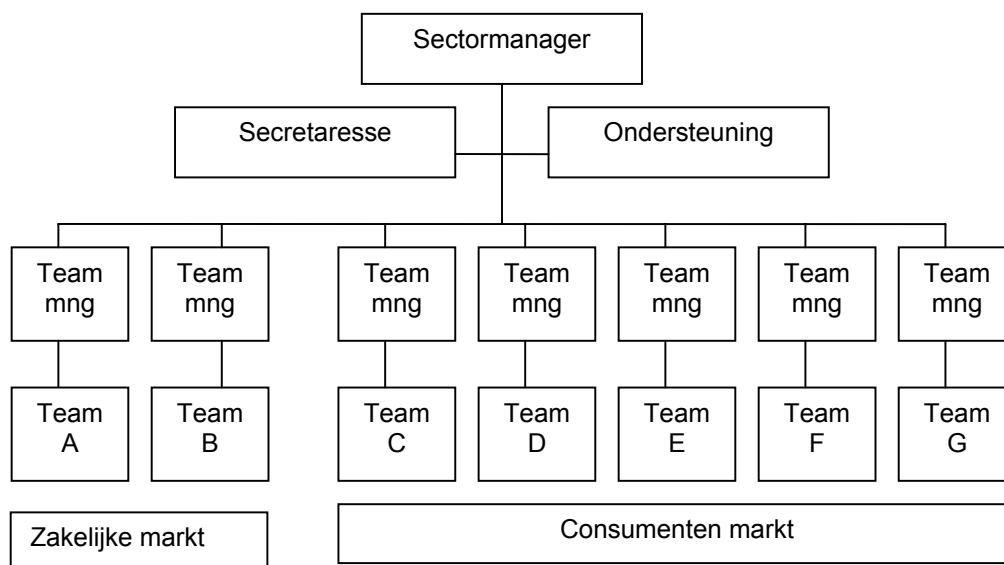
Een team wordt aangestuurd door een teammanager. Deze teammanager is niet meer per definitie de beste materiedeskundige maar een peoplemanager die het beste uit zijn team moet halen¹⁴. De teammanager wordt ondersteund door per team twee procesbegeleiders, die wel materiedeskundig zijn. De teammanagers ZVZ worden aangestuurd door de sectormanager ZVZ die onder de directeur Verzekeringen valt. De teammanagers ZVS worden

¹³ Het 'van kop tot staart' principe (hieronder wordt verstaan alle activiteiten, telefoon, correspondentie, controleactiviteiten en nazorg in het team) heeft tot felle discussies geleid in de organisatie. 'Alles in het team, tenzij..' is ook uitgelegd als alles door één medewerker. In de verschillende deelplannen wordt dit principe op beide manieren uitgelegd, wat begrijpelijk tot deze verwarring heeft geleid.

¹⁴ Ook de term peoplemanager is omstreden omdat tijdens CONDOR al werd onderkend dat het gevaarlijk is als een teammanager geen kennis bezit van het werk dat zijn team uitvoert. In de GO-documentatie staat beschreven dat de teammanager ZVS ook verantwoordelijk is voor de capaciteit, het personeel, de communicatie, nieuwe initiatieven, het ondersteunen van het personeel en materieelkennis bezit ten behoeve van een inhoudelijk klankbord voor de medewerkers (GO-plan fase 2, oktober 1996).

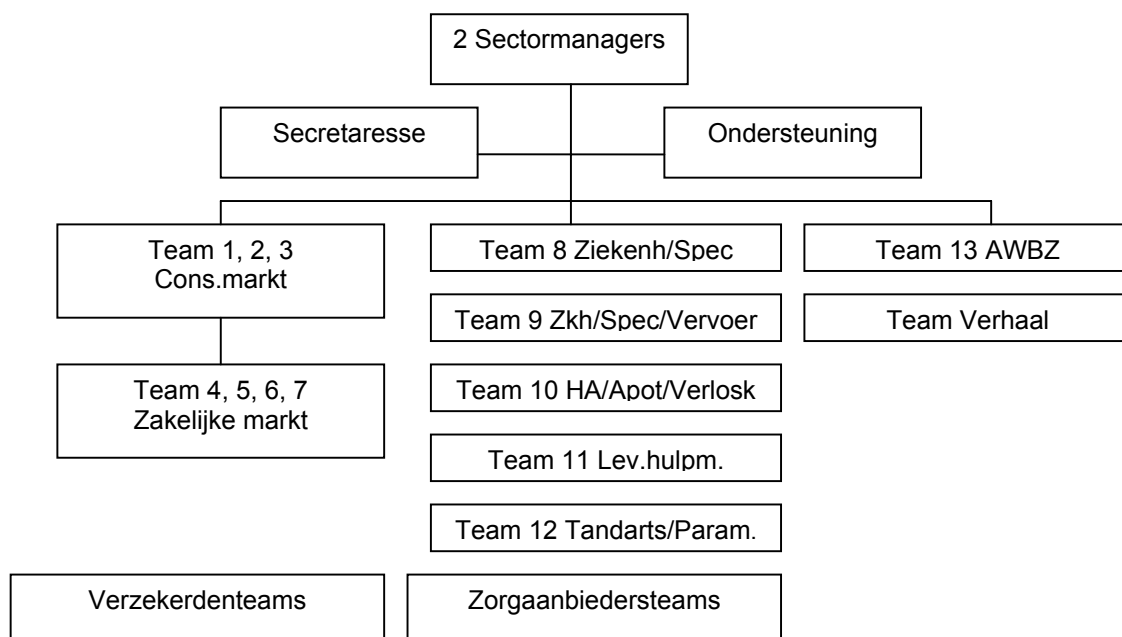
aangestuurd door twee sectormanagers die beiden onder de directeur Zorg vallen. Eén stuurt de verzekerdenteams aan en één stuurt de zorgaanbiederteams aan. ZVZ en ZVS krijgen elk een ondersteuningsgroep met enkele stafmedewerkers.

De doelstellingen die met deze organisatieverandering worden beoogd zijn het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening (de slag om de verzekerden), het kunnen leveren van maatwerk tegen een verantwoorde prijs, meer flexibiliteit in de inzetbaarheid van medewerkers en een cultuurverandering, zichtbaar in de attitude van medewerkers naar elkaar en naar klanten, in de betrokkenheid bij het eindproduct en in een delegatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De flexibiliteit van de organisatie neemt sterk toe. De deelplannen geven hiervan de volgende voorbeelden: het hanteren van ruime functieomschrijvingen, training en opleiding, de mogelijkheden om de bezetting van teams uit te breiden of in te krimpen, meer of minder teams in te richten, de ondersteuning van teams door andere teams in het geval van piekdruk, het wijzigen van de omvang van takenpakketten van teams, enzovoort. Het nieuwe organogram voor de GWE ZVZ ziet er uit conform figuur 5.15. Het nieuwe organogram voor de GWE ZVS ziet er uit conform figuur 5.16.



Figuur 5.15: Organogram ZVZ, december 1995. Bron: Deelplan ZVZ, januari 1995

Team A werkt voor IZZ en enkele grote collectiviteiten, team B werkt voor de rest van de zakelijke markt. Bij de consumententeams werkt team C voor de regio's Bergen op Zoom en Nijmegen, team D voor de verzekerden van Maastricht en Venlo, team E voor de verzekerden van Den Bosch, team F voor de verzekerden van Tilburg en team G voor de verzekerden van Eindhoven en Verdragsregelingen. Deze verdeling is gebaseerd op het aantal verzekerden in die regio's en de daarvoor benodigde capaciteit.



Figuur 5.16: Organogram ZVS, december 1995. Bron: Deelplan ZVS, januari 1995

Team 1 werkt voor de individuele markt regio Tilburg/Den Bosch, team 2 voor de regio Nijmegen/Bergen op Zoom/Maastricht, team 3 voor de regio Eindhoven/Maastricht/Rest van Nederland. Team 4 is gericht op de collectieve markt van alle regio's, team 5 op de collectieve markt via het intermediair, team 6 op IZZ (deels) en team 7 op IZZ (deels) en de uitvoering van de regeling Ministerie van Justitie.

De zorgaanbiedersteams zijn ingericht naar soort aanbieder. De aansluiting met de ZAGG-structuur van ZIP is niet één op één, maar niet moeilijk te maken.

Het AWBZ-team is weliswaar groot (33,5 fte), maar moeilijk te splitsen of onder te brengen bij een ander team, vanwege de specifieke werkzaamheden. Ook Verhaal neemt een aparte plaats in. Dit proces richt zich op het vorderen in plaats van betalen en vraagt specifieke kennis.

De verhuizing

De benoeming en verhuizing van ruim 600 mensen wordt minutieus uitgevoerd via een strakke kalender:

8 februari 1995	Presentatie van de deelplannen aan ZVZ en ZVS aan de medewerkers
13 februari – 10 maart	Individuele, inventariserende gesprekken met alle medewerkers
10 maart	Publicatie van de vacatures
24 maart – 14 april	Selectiegesprekken
25 april	Bekendmaking van de benoemingen en invulling van de teams
4 mei – 26 juni	Verhuizing in de oude functie van regiokantoren naar GWE's
11 sept. – 30 oktober	Verhuizing in de nieuwe functie naar de nieuwe organisatie
Vanaf eind 1995	Invoering nieuwe processen (redesign-project)

De geïnterviewden zijn zowel trots op de geleverde prestatie als kritisch ten aanzien van enkele uitvoeringsaspecten. 'De concentratie van de backoffice functies heeft geleid tot meer eenheid en eenduidig handelen richting de klant. Velen zien de administratie niet als de core-business van het verzekeringsbedrijf, maar in die tijd was dit echt het belangrijkste om

goed te regelen. Nu (in 2003) is de administratie een hygiënefactor geworden. Grotere collectiviteiten gaan hier steeds hogere eisen aan stellen'. 'Na CONDOR hebben we lange tijd een slecht imago gehad op dit gebied. Nu doen we het beter dan de concurrenten'. 'Het succes in de zakelijke markt is te danken aan het feit dat aparte teams voor grote collectiviteiten zijn geformeerd: de aansturing werd van administratiegedreven naar klantgedreven. VGZ blonk uit in IZZ, concurrenten konden ons die prestatie niet nadoen'. 'Een functie was een groep van taken met eigen regel- en planningscapaciteit en geen eentonige arbeid'. 'De inhoudsdeskundigheid kwam bij de procesbegeleiders te liggen die op termijn zouden moeten verdwijnen door de deskundigheid over te dragen aan de mensen zelf. Overigens is deze functie pas veel later vervallen, in 2002-2003'. 'De formatie voor de backoffice zou nog moeten krimpen, maar dit heeft zich niet voorgedaan'. 'Men had een vrij mechanische blik op de organisatie'.

Hoewel beide administraties dezelfde concentratie en verhuizing achter de rug hebben, is de beginsituatie in 1996 toch niet dezelfde. Zorgverstreking zit veel meer dan Zorgverzekering in de problemen door werkachterstanden. De oorzaak hiervan is volgens de geïnterviewden het feit dat meerdere factoren (zie hoofdstuk 4) cumulatief én negatief hebben gewerkt. 'Er is een inschattingsfout gemaakt ten aanzien van het benodigde aantal mensen met de juiste kennis ten opzichte van de werkvoorraden'. De wegen van ZVZ en ZVS lopen nu uiteen en deze komen pas in 2003 weer bij elkaar. Tot 1999 functioneren ZVZ en ZVS onder de directoraten CZ en Zorg. Vanaf 1999 ontstaan de zelfstandige directoraten Verzekerdenadministratie (VA) en Zorgadministratie (ZGA).

De verzekerdenadministratie

In oktober 1995 gaan alle ZVZ-managers naar Tilburg en worden de nieuwe teams geformeerd. Het lijnmanagement, in dit geval de sectormanager ZVZ, wordt onder de directeur Verzekeringen verantwoordelijk voor de implementatie van de verschillende plannen. Hoewel CONDOR voorziet in vervolgprojecten (het project Redesign (C32) en het Kwaliteitsproject), wordt er bij de verzekerdenadministratie geen speciale aandacht besteed aan de (uniformering van de) werkprocessen. De teams, waar mensen van de oude ziekenfondsen toch weer bij elkaar zitten, werken op hun eigen bekende manier door. Er is weinig tijd om best-practices van elkaar over te nemen omdat er door het management sterk wordt gestuurd op de leveringsafspraken en de beheerskosten. In die begintijd is men de eigen identiteit een beetje kwijt. 'De eisen waren ook niet meer zo duidelijk, we waren bezig om te overleven'. Eigen parochie (lees: team) eerst, is het credo in dit tijd.

Geleidelijke verbeteringen

In de komende jaren vinden diverse verbeteringen plaats van de bedrijfsvoering. 'In 1996-1997 zijn de achterstallige controles van vijf jaar goedgemaakt'. Ook wordt een belangrijke slag gemaakt in de inhoud van de polissen. In 1996-1997 wordt intern de convergentie tussen ziekenfonds en particulier volledig doorgevoerd. VGZ is de eerste zorgverzekeraar die dit doet. Ook de ICT wordt verbeterd: in oktober 1997 wordt bij ZVZ een nieuw systeem ingevoerd: VISZ, waardoor ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden eindelijk in één database worden opgenomen. De implementatie van dit systeem en direct daarop de testcase van de jaarovergang leidt echter tot fikse problemen. 'Het was een slechte timing, de kinderziekten waren er nog niet uit'.

De splitsing van het Directoraat Verzekeringen leidt in 1999 tot een zelfstandig Directoraat Verzekerdenadministratie, in spreektaal nu 'VA'. De sectormanager ZVZ wordt directeur VA. Hij wordt opgenomen in het Directieoverleg van VGZ. Over het functioneren van het directoraat Verzekeringen is men achteraf kort: 'Een echte integratie is nooit goed van de grond gekomen. Er is een sterke functionele indeling van de organisatiestructuur ontstaan'.

De Verzekerdenadministratie kan daarom gemakkelijk zelfstandig verder, maar de noodzaak tot integratie met het directoraat Commerciële Zaken groeit.

De jaarovergangen zijn voor VA dé piektijd qua werkaanbod. Grote achterstanden in het eerste kwartaal van een jaar worden aanvankelijk normaal gevonden en geaccepteerd. Maar naarmate VGZ groeit en er enkele jaren achter elkaar problemen zijn met de jaarovergang, wordt de acceptatie hiervan op RvB-niveau minder. 'De jaarovergang 1999-2000 was dramatisch slecht omdat toen veel nieuwe verzekerden ingeschreven moesten worden'. De Raad van Bestuur wil een structurele oplossing voor deze problemen. De projecten 'Instroom – uitstroom', onder leiding van een externe adviseur, en 'Potten op het vuur' brengen verlichting. De aanhechting tussen het directoraat Commerciële Zaken en de Verzekerdenadministratie wordt nu bewust en gestructureerd verbeterd. De verbindingsmiddelen die worden ingezet zijn: het opnieuw enten van de organisatiestructuur van VA op de behoeften van Commerciële Zakelijke Markt, als onderdeel van het KiB-programma; de benoeming van liaisonmedewerkers, die specifiek de schakel CZ - VA beheren; het verbeteren van diverse ICT-applicaties (Scope, ABC¹⁵); en het afsluiten van Service Level Agreements (SLA's). 'Ook verbetert VA de efficiency en de klantgerichtheid door deel te nemen aan een proef van de Stichting RINIS, het Routerings Instituut (inter-) Nationale Informatie Stroom¹⁶, door aanmeldingsformulieren te vereenvoudigen, door procedures te versimpelen en te versnellen en door de relatie te leggen met de Gemeentelijke BasisAdministratie (GBA)'.

Werken in teams

De directeur VA besluit in 2001 om een INK-zelfevaluatie te houden. Verschillende geïnterviewden zien de resultaten van deze zelfevaluatie als een keerpunt voor VA: nog harder werken kan niet meer, de rek is er uit. Slimmer werken is de oplossing. Men wordt zich bewust van het belang van goede bedrijfsprocessen en functioneel procesbeheer. Het roer wordt omgegooid. 'Er werden veel fouten gemaakt, het ziekteverzuim steeg doordat mensen anoniem waren geworden in de te grote teams, er was een relatief hoog verloop van mensen die nog geen vijf jaar in dienst waren (nieuwelingen werden ingepakt door de oude gesloten club die er zat met een behoudende cultuur en traditionele werkwijze) en er werd te laat ingegrepen'. 'Werken in Teams (WiT) was een noodzakelijke correctie omdat de teams te groot waren geworden (soms wel 45 mensen).

In de jaren 2002-2003 wordt de organisatiestructuur van VA gewijzigd. De teams worden vanaf 2002 verdeeld over vier clusters. Tussen de directeur en de nieuwe functie van teamcoach wordt een hiërarchische laag toegevoegd: de clustermanager. Elk cluster bestaat uit teams die op zich veel kleiner worden: 7 tot maximaal 15 mensen. De teamleiding-gevende, nu teamcoach genoemd, komt weer dicht bij de medewerkers¹⁷ omdat er naast het verkleinen van de teams ook een betere scheiding wordt aangebracht tussen strategisch/tactische en operationele zaken.

¹⁵ ABC: Aanmelden, Beoordelen, Controle

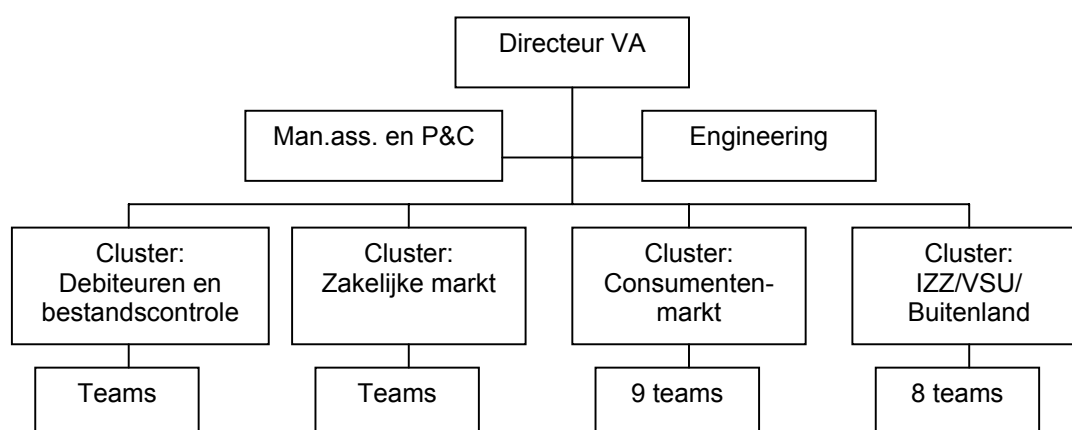
¹⁶ RINIS: De papieren verzekeringsverklaringen, ingevuld bij in- en uitdiensttreding van werknemers en bij het overschrijden van de loongrens (jaarlijks ruim één miljoen formulieren voor VGZ) worden vervangen door een elektronische gegevensuitwisseling tussen het Lisv, de uitvoeringsinstellingen voor de sociale zekerheid (UVI's), enkele zorgverzekeraars en andere partijen.

¹⁷ De teammanagers waren behalve voor het leiding geven aan hun team ook verantwoordelijk voor één of meerdere 'overhead'taken, zoals projecten. Dit had tot gevolg dat zij veel vergaderden en relatief slecht toegankelijk waren voor hun medewerkers.

<p>Kerntaken clustermanager</p> <p>Geeft leiding aan de teamcoaches van het cluster, formuleert de doelstellingen van het cluster en stuurt op resultaat, is verantwoordelijk voor beleidsvoorbereidende bijdragen aan strategische en tactische onderwerpen op VGZ-niveau, borgt de samenwerking en verzorgt de inrichting van het systeem van managementcontrol.</p>	<p>Kerntaken teamcoach</p> <p>Geeft leiding aan een team van 7 – 15 medewerkers, formuleert de doelstellingen van het team en stuurt op resultaat, is verantwoordelijk voor de tactische en operationele planning, stimuleert medewerkers, borgt de samenwerking in het team en verzorgt stuurinformatie op proces- en persoonsniveau.</p>
---	---

Tabel 5.6: Kerntaken clustermanager en teamcoach bij de verzekerdenadministratie, 2002

De teamcoach houdt zich niet meer bezig met strategisch/tactische zaken. De teams worden samengesteld op de logica van bij elkaar behorende werkzaamheden (zoals klantgroepen), maar er komt meer scheiding tussen direct klantgericht werkzaamheden en controlewerkzaamheden. De functie van procesbegeleider komt uiteindelijk te vervallen en ook de contactschillen gaan in die tijd over naar een apart directoraat Klantcontacten, zie paragraaf 5.4.



Figuur 5.17: Organogram Verzekerdenadministratie vanaf juli 2003.

De zorgadministratie

Zorgverstrekking zit in het eerste jaar na CONDOR wel fors in de problemen. Geïnterviewden vertellen levendig over het 'rampjaar' 1996: 'De declaraties stonden in bakken opgestapeld tot het plafond'. 'Het liep mensen toen echt over de schoenen. Ze werden uitgescholden door verzekerden. Medewerkers zaten huilend aan de telefoon'. Er wordt op zaterdag gewerkt, stafmedewerkers en leidinggevenden gaan helpen met het uitpakken van de post en het is letterlijk alle hens aan dek. 'Op een gegeven moment ging de kraan open: betaal maar. Dit leidde tot het fenomeen 'dubbele betalingen. De gemaakte fouten moesten in 1998 via een apart project worden hersteld'¹⁸.

¹⁸ 'Via dit project moesten ten onrechte te veel betaalde bedragen worden teruggevorderd. De geldstroom was niet meer onder controle. De interne accountantsdienst moest helpen om richting de externe toezichthouders het gezicht omhoog te houden'. 'Het PCBB project heeft meer gekost dan opgeleverd'.

De noodzaak om de bedrijfsvoering van de zorgadministratie te verbeteren is dus groot. In tegenstelling tot de verzekerdenadministratie wordt bij ZVS direct naar de bedrijfsprocessen gekeken. Via een project 'GO' wordt de dienstverlening op de korte termijn hersteld. Tegelijkertijd worden onderzoeken¹⁹ uitgevoerd hoe de bedrijfsvoering verder te verbeteren is. 'GO' wordt opgevolgd door het programma 'GOAL', dat zes projecten herbergt en dat loopt van november 1996 tot 1998. Er wordt een aparte projectorganisatie ingericht ('organisatie-ontwikkeling' geheten) onder aansturing van het managementteam ZVS. Deze projectorganisatie onder leiding van de voormalige projectleider Condor die bijgestaan wordt door een externe, bereidt en ontwikkelt *naast* de 'staande organisatie' nieuwe werkwijzen voor. Deze nieuwe werkwijzen worden uitgetest voordat zij door de staande organisatie worden ingevoerd. Naast deze GOAL-projecten wordt ook aandacht gevraagd voor de thema's zorgkostenbeheersing en het communicatiemodel met zorgaanbieders en zorgvragenden.

GOAL levert prima resultaten op, vooral op het gebied van Externe Integratie, het elektronisch verwerken van het betalingsverkeer met zorgaanbieders. Ook de managementinformatie wordt sterk verbeterd door het Sturing en Grip-project. De productiviteit wordt aanzienlijk verbeterd, waardoor het mogelijk wordt om de formatie voor de zorgadministratie terug te brengen.

Projecten bij de Zorgadministratie: GOAL – Projecten	
Projecten	Doel
Sturing en Grip	Het beheersen en managen van de notastroom (van schouw tot mat): Het ontwikkelen van productienormen en –metingen; het opzetten van een productieplanningssysteem met voor- en nacalculatie; het organiseren van kern- en niet-kerntaken van ZVS.
Kwaliteitsmanagement	Het op niveau brengen van de kennis en kunde van bestaande en nieuwe medewerkers: Opleiden, trainen en begeleiden van medewerkers; het ter beschikking stellen van instrumenten voor kwaliteitswaarborg.
Externe Integratie (EI)	Het sterk verminderen bij verzekerden en zorgaanbieders van de administratieve handelingen die ontstaan bij het verlenen van zorg.
Stroomlijnen ZVS-werkprocessen	Doelgerichtheid en doelmatigheid van de verschillende ZVS-werkprocessen bereiken: Verkorten van doorlooptijden; verbeteren van de effectiviteit en aansturing.
Informatietechnologie	Het uitbouwen van de bestaande IT-faciliteit voor de kernprocessen van ZVS: Doorontwikkelen van DVS en faciliteren van EI.
Aanhechting ZVS met andere VGZ-onderdelen	Onnodige bureaucratische procedures vermijden, wederzijdse aanhechting (contractmanagement)
Directoraat Zorg	Het bewerkstelligen van een vloeiende procesgang tussen ZIP en ZVS
HR-management	Komen tot realistische en flexibele formatie-invulling, functie-inhoud en arbeidsvoorwaarden.

Tabel 5.7: Projecten bij de Zorgadministratie, 1996-1998

¹⁹ Onderzoeken tijdens GO: werkprocessen onderzoek, onderzoek naar de arbeidssituatie, externe integratie, bevindingen DVS, Geïntegreerde werkplek, Opleidingsaanpak, en Aansluiting ZVS met HR.

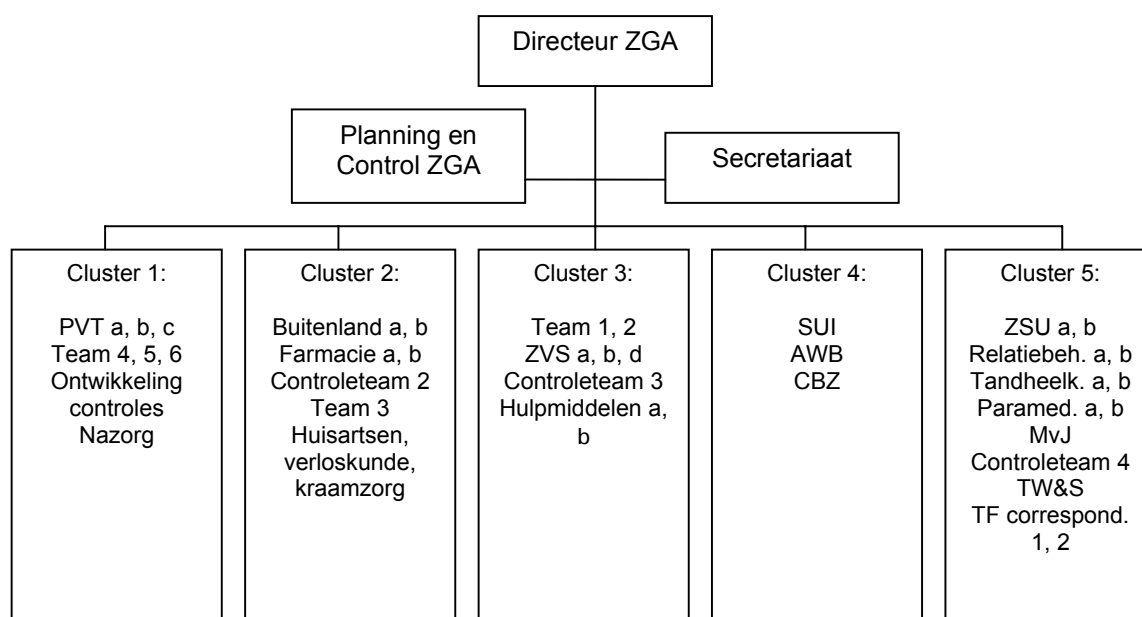
Na het splitsen van het directoraat Zorg in 1999 krijgt ZGA een eigen directeur die van buiten wordt aangetrokken. De verzakelijking neemt verder toe: er wordt fors gestuurd op een verdere efficiencyverbetering van de processen. De mensen zijn hieraan ondergeschikt. Een voorbeeld hiervan is het at-random verdelen van het werkaanbod over de teams om de werkdruk beter te spreiden. 'Alles in het team' wordt hier als filosofie al enigszins verlaten.

In december 2002 gaat de ZGA-directeur het GBO project leiden. Een nieuwe directeur ZGA, de voormalige projectleider Condor, realiseert in een half jaar tijd de invoering van kleinere ZGA-teams. Hij trekt dit concept echter verder door dan de verzekerden-administratie.

Verbetering van de productiviteit en de kwaliteit

Op 1 juli 2003 wordt het werken in teams ook bij ZGA ingevoerd. De motivatie hiervoor ligt net als bij VA in het feit dat de teams te groot zijn geworden om nog van een sociale groep te kunnen spreken. De nieuwe ZGA-teams worden maximaal 9 personen groot. Kleiner dus dan de nieuwe VA-teams. De directeur ZGA motiveert deze kleinere teams als volgt: 'Kleinere teams maken meer samenwerking mogelijk door het beperkte aantal relaties en dus een betere horizontale communicatie en meer geneigdheid om elkaar te helpen. Meer zingeving door zicht op het resultaat van het eigen werk. Een positieve sociale controle waardoor minder ziekteverlof optreedt en disfunctioneren eerder opvalt. De teams zijn gemakkelijk uit te breiden of in te krimpen bij veranderende omstandigheden en er is meer horizontale doorstroming mogelijk voor medewerkers'.

De teammanagers en de procesbegeleiders verdwijnen als functie. Er wordt een hiërarchische laag van clustermanager toegevoegd tussen de directeur en de teamleiders. Deze laatste gaan de kleinere teams aansturen. 'In totaal vindt er een sterke afname plaats van het totale aantal teamleiders en procesbegeleiders, dus minder management'. 'De meewerkend teamleiders kunnen door hun nabijheid veel aandacht aan hun medewerkers besteden en vormen onder een clustermanager samen ook een klein team, zodat de verticale communicatie doelmatig verloopt'. De procesbegeleiders verdwijnen uit de teams en de teams worden procesgericht ingedeeld, zie figuur 5.18.



Figuur 5.18: Organogram Zorgadministratie vanaf juli 2003.

De productiviteit neemt verder toe, onder andere doordat het ziekteverzuim daalt. De sociale controle in de kleinere teams werkt positief. Er ontstaan korte lijnen met snelle en directe communicatie. De kwaliteit neemt toe door de specialisatie binnen de teams. Er ontstaan aparte teams voor controles, correspondentie, ZSU en postverwerking (PVT), een buitenlandsteam met medewerkers die hun talen beheersen en een eerste aanzet tot een fraudeteam. In 2003 wordt de afdeling Verhaal opgeheven omdat een gespecialiseerd bedrijf veel meer geld kan terugvorderen dan de eigen VGZ-medewerkers. Het uitbesteden van werk wordt flexibeler georganiseerd met meer tijdelijke contracten. De externe integratie neemt explosief toe door de invoering van Vecozo. Achterstallige controles worden snel weggewerkt. De medewerkerstevredenheid stijgt.

De administratie

EAZ had 50.000 verzekerden en 50 fte personeel
RZEO had 180.000 verzekerden en 180 fte personeel
VGZ heeft nu 2.000.000 verzekerden en 2000 fte personeel
VGZ-IZA heeft 3.000.000 verzekerden en 4 zorgkantoren en 3000 fte personeel

Het lijkt er dus op alsof de schaalvergroting en de ICT-ontwikkeling geen efficiencyvoordelen hebben gebracht. Een correcte analyse houdt echter rekening met extra taken (bijv. innen van de nominale premie, de medicijnknaak etc.), met het detailniveau van vastlegging en met de intensiteit van gegevensverwerking (bijvoorbeeld de historische ontwikkeling van het aantal mutaties/notaregels per 10.000 verzekerden, aantal telefoontjes per 10.000 verzekerden gecombineerd met wetswijzigingen). De intensiteit van de gegevensverwerking is in de onderzoeksperiode namelijk sterk toegenomen. Ook de pakketombouw van 1993-1994 toen we met aanvullende pakketten zijn gaan werken, heeft geleid tot extra werk. 'ZGA voert nu meer controles uit dan voorheen. Het systeem controleert nu de polisvoorwaarden: kennis die vroeger in de hoofden van de medewerkers zat'.

Geïnterviewden

Op 1 januari 2004 wordt de functie van directeur ZGA gecombineerd met het voorzitterschap van de RVE VGZ. Deze combinatiefunctie blijkt na enige tijd te zwaar en wordt op 1 januari 2005 ontvlochten. ZGA krijgt weer een eigenstandige directeur die op de ingezette weg doorgaat.

Samenvatting

Schematisch kan de organisatieontwikkeling van de administratieve functie als volgt worden weergegeven, zie tabel 5.8.

Organisatieontwikkeling van de administratiefunctie						
1989 tot 1992	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS	Regionaal georganiseerd ZVZ en ZVS
1993	Uniformering van de applicaties, integratie van ziekenfonds- en particuliere verzekerden via een batch					
1994 1995	CONDOR: Ontstaan van de GWE ZVZ in Tilburg Onder het Directoraat Verzekeringen Teams van 30 mensen (plus of min 5) o.l.v. een teammanager met een contactschil per team Teams rond klanten georganiseerd			CONDOR: Ontstaan van de GWE ZVS in Eindhoven Onder het Directoraat Zorg Teams van 30 mensen (plus of min 5) o.l.v. een teammanager met een contactschil per team Teams rond klanten georganiseerd		
1996 tot 1998	Invoering van VISZ			Invoering van DVS Grote werkachterstanden leiden tot de projecten GO en GOAL: Diverse procesverbeteringen gerealiseerd		
1999	MVS-traject Splitting van de directoraten Verzekeringen en Zorg: de directoraten Verzekerdenadministratie (VA) en Zorgadministratie (ZGA) ontstaan					
2000	De verzekerdenadministratie gaat werken met RINIS					
2001	KiBproject: aansluiting CZ – VA					
	Afsplitsing van de telefonie: Door de inrichting van het directoraat klantcontacten worden de contactschillen rond de teams opgeheven en verdwijnt de functie van medewerker gegevensverwerking/contacten CZ, VA en ZGA hevelen formatie over naar KC					
2002	Initiatief om te komen tot de inrichting van een Generieke BackOffice (iGBO): de Verzekerdenadministratie en de Zorgadministratie zullen worden geïntegreerd in een ander aansturingsmodel en met een nieuw administratiesysteem gaan werken. Na stopzetting van dit initiatief start PINPAS					
	Werken in teams: Leidt tot teams van 7 – 15 mensen o.l.v. een teamcoach					
2003				Werken in teams: leidt tot teams van 10 mensen o.l.v. een teamleider Teams rond processen georganiseerd Regresactiviteiten worden uitbesteed		
2004	RVE-VGZ VGZ sluit aan op het Externe Verwijzingsregister, waarin aangesloten zorgverzekeraars fraudegevallen vastleggen.					

Organisatieontwikkeling van de administratiefunctie	
2005	De ICT-architectuur wordt geactualiseerd. Open Zorg wordt ingevoerd en vervangt alle bestaande systemen. Klachten worden voor de hele RVE VGZ door een apart team behandeld. Certificatie van het klachtenbehandelingsproces wordt voorbereid.

Tabel 5.8: Organisatieontwikkeling van de administratiefunctie binnen VGZ 1987 - 2006

5.3.2. Het administratieve proces

Het administratieve proces van een zorgverzekeraar is zeer complex, gezien de uitgebreide wet- en regelgeving en de eisen van toezichthouders. Bureaucratie en klantgerichtheid komen vooral in deze functie samen, omdat de verzekerde met deze functie van een zorgverzekeraar veel contactmomenten kent die relevant zijn voor de klantwaardering. Bijlage 10 geeft inzicht in de processen die worden uitgevoerd door de verzekerdenadministratie, de debiteurenadministratie en de zorgadministratie.

VGZ heeft in de onderzoeksperiode van 1987 tot 2006 de administratieve processen vergaand geconcentreerd, geautomatiseerd en gedigitaliseerd:

- de ziekenfondsadministraties zijn vanaf 1995 geconcentreerd in Tilburg (verzekerden- en debiteurenadministratie) en Eindhoven (zorgadministratie);
- in 1987 zit de wet- en regelgeving voornamelijk in het hoofd van de medewerkers. In 2005 zit deze wet- en regelgeving voornamelijk in de computer. De beste medewerker is niet langer de medewerker die de wet uit zijn hoofd kent, maar de medewerker die snel en goed met de computer kan werken.
- het verstrekkingenboek, de polisvoorwaarden, diverse tabellen, de contracten met zorgaanbieders, et cetera zijn opgenomen in de diverse applicaties;
- post wordt direct bij binnenkomst gescand;
- de klant kan via Internet en Diginet zelf bepaalde gegevens muteren en raadplegen;
- het betalingsverkeer met de zorgaanbieders is via Vecozo en Infomedics grotendeels gedigitaliseerd (Externe Integratie);
- de nota's die nog op papier binnenkomen (restitutienota's) worden 'intelligent gescand' waardoor ze feitelijk geheel of voor een deel gedigitaliseerd worden;
- machtigingen zijn zoveel als mogelijk binnen de wettelijke kaders afgeschaft;
- fraude en misbruik wordt structureel als proces opgepakt en de 'Verhaal-functie', het claimen van geld over een verstrekking bij een andere partij, wordt uitbesteed aan een externe professionele organisatie;
- het proces van uitvoering van noodzakelijke en wenselijke controles wordt sterk verbeterd;
- sinds 2002/2003 werken de medewerkers van de Verzekerden- en Zorgadministratie in kleine teams waardoor de kwaliteit en kwantiteit van het werk sterk is verbeterd en het ziekteverzuim fors is afgenomen;
- processen worden onderhouden, ontwikkeld, verbeterd en geborgd door de POB;
- klachtenafdeling wordt een aparte afdeling die alle klachten behandelt van de gehele RvE VGZ en het directoraat Zorg;
- de flexibiliteit van de administratie wordt in de laatste jaren sterk vergroot door samenwerking met externe organisaties, meer flexibele en flexibele arbeidscontracten en meer flexibiliteit binnen de arbeidscontracten toe te passen;

- de stuurinformatie wordt steeds beter waardoor het managen van de productie eenvoudiger wordt;
- medische acceptatie en controles worden voor een groot deel geprotocolleerd;
- zorgadministratie regelt in de contracten met de zorgaanbieders de administratieve paragraaf;
- een trend in de administratieve directoraten is dat min of meer gespecialiseerde werkzaamheden als telefonie, klachten, correspondentie en controles apart worden gezet en uitgevoerd;
- zo zijn de telefonische contacten sinds 2002 losgekoppeld van de administratieve functie, zie paragraaf 5.4. Dit leidt bij geïnterviewden tot de spijtige opmerking 'de klant is uit het proces georganiseerd'.

5.3.3. Resultaten van de administratiefunctie

Realisatie van de strategische doelstellingen van visie 2, het realiseren van een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering en een optimale dienstverlening, leidt tot de wenselijke resultaten van een zo hoog mogelijke productie per medewerker met tegelijkertijd een zo hoog mogelijke kwaliteit van de output. 'First time completion' is het motto, in één keer goed.

Inspanningen en resultaten van de administratieve functie 1989-2006

Verzekerdenadministratie:

Rechtmatigheid van inschrijving

2005: 99,43% van de ziekenfondsverzekerden staat ingeschreven met een geldige rechtsgrond

Zorgadministratie:

De zorgadministratie is begonnen met tijdschrijven bij de Verzekerdenteams in een Excel-applicatie TVS (Tijd Verantwoordingsysteem). In 1998 is deze applicatie vervangen door PVS: ProductieVolgSysteem. Zowel de verzekerdenteams als de zorgaanbiedersteams gaan hiermee werken. PVS wordt in de loop van de tijd uitgebreid met meer en andere uurcodes waarop geboekt kan worden: de behoefte aan managementinformatie neemt toe. Een medewerker kan afhankelijk van zijn functie-inhoud op een beperkt aantal uurcodes boeken. Gemiddeld kan één medewerker op 20 tot 50 uurcodes boeken, zoals declaratieverwerking, correspondentie, telefoon, machtigingen, verhaal, controles, ziekte, verlof, werkoverleg, opleiding et cetera.

Vanaf 1997/1998 wordt gestuurd op de registratie van telefonische contacten. Vanaf 2002 verzorgt het nieuwe directoraat Klantcontacten alle telefonische contacten tussen verzekerden en VGZ.

Productiviteit:

Er zijn in de onderzoeksperiode verschillende middelen ingezet om de productiviteit per medewerker van de zorgadministratie te meten en te vergroten:

- Vóór de invoering van DVS (1996) werden minder dan 8 nota's per uur per medewerker verwerkt;
- Door DVS en de invoering van de Quick Step applicatie (met PC's invoeren in plaats van met terminals) werden 17,5 nota's per uur verwerkt.

- Sturing en Grip: door de invoering van het Productie Volg Systeem (PVS) (1998) vervangt men het meten in kilo's en meters door een kwantificering van het werkaanbod;
- Door het digitaliseren, door imaging en scannen probeert VGZ zoveel mogelijk nota's digitaal binnen krijgen;
- Uitbreiding van de Externe Integratie leidt in 2003 tot een productiviteit van 21,5 nota's per uur.

Registratie ZGA:

Een indruk van aantallen:

	2003	1999	1996	1993
Aantal verzekerden	2.070.305	1.681.281	1.625.539	1.524.400
Aantal nota's verz.teams	5.211.748	3.840.875	4.445.000	nb
Aantal nota's zorgaanb.teams	760.186	742.412	nb	nb
Aantal notaregels	53.231.997	40.228.582	nb	nb

Aantal notaregels van zorgaanbieders, aangeleverd

Via papier	1.871.120	2.234.419	nb	nb
Via tape	226	6.621.126	nb	nb
Via diskette	39.228.896	25.006.605	nb	nb
Via cartridge	95	716.806	nb	nb

	2003	1999	1996	1993
Via datacommunicatie (Vecozo en Infomedics)	4.184.931	0	nb	nb

nb = niet bestaand of niet bekend

Leveringsafspraken Declaratieverwerking:

2005	Norm:	95% van de verzekerden declaraties binnen 21 kalenderdagen betalen
	Realisatie:	100% (De declaratierestitutie is gemiddeld 10 kalenderdagen)
	Norm:	95% van de zorgaanbiederdeclaraties zijn binnen de afgesproken termijn betaald
	Realisatie:	96% (De declaratierestitutie is gemiddeld 15 kalenderdagen)

Oordeel van verzekerden en oordeel van het CTZ

Zie hoofdstuk 6

Tabel 5.9: Resultaten van het administratieve proces 1989-2006

5.4. Klantcontacten

De laatste functie die hier wordt beschreven is de informatiefunctie van VGZ. In de onderzoeksperiode is het goed en tijdig informeren van (potentiële) verzekerden een belangrijk aspect geworden in de dienstverlening van zorgverzekeraars. De kanalen die hiervoor worden gebruikt zijn door de technologische ontwikkelingen uitgebreid en veranderd. Internet neemt steeds meer de face-to-face contacten over en de callcentra hebben hun intrede gedaan bij zorgverzekeraars. Deze paragraaf belicht specifiek de ontwikkeling van de telefonie binnen VGZ.

5.4.1. De telefonie geprofessionaliseerd

De contactschillen die tijdens CONDOR zijn ontstaan door het overeengekomen communicatiemodel, staan eind jaren negentig zwaar onder druk. De afspraak dat medewerkers gegevensverwerking en contacten hun tijd 50% - 50% verdelen wordt in de praktijk maar moeizaam nagekomen: er is óf teveel telefoonaanbod óf teveel werkaanbod. 'De schappen moeten leeg', dus in feite is de telefoon vaak onderbezet. Ook het idee dat verzekerden voor gestandaardiseerde contacten (bijvoorbeeld het doorgeven van een aanmelding of een mutatie of een vraag over een nota) het telefoonnummer bellen dat op de polis of de uitkeringsspecificatie staat, blijkt in de praktijk niet goed te werken. Verzekerden bellen toch een algemeen nummer of hebben meerdere vragen tegelijkertijd en in dat geval moet er intern worden doorverbonden of moeten verzekerden te lang wachten. In 2001 levert een inventarisatie op dat VGZ met 32 inbelpunten werkt en dat zijn er te veel. Ook de kwaliteit van de antwoorden is nog verschillend en laat soms te wensen over, hoewel telefooncoaches hierop bijsturen.

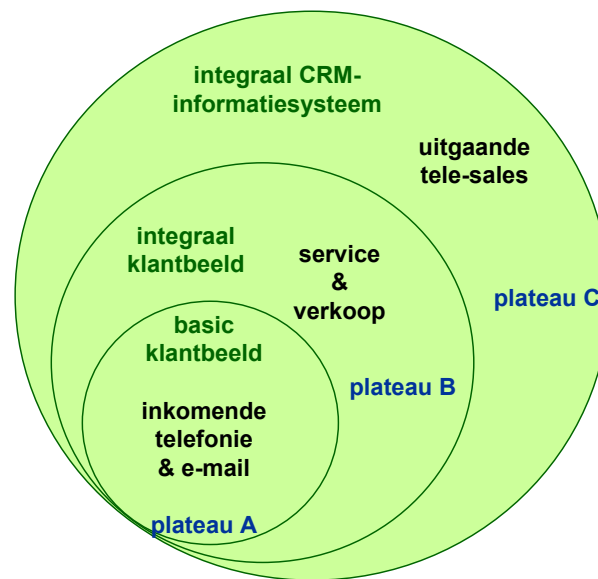
Het ontstaan van het directoraat Klantcontacten

Het VODW-rapport Marktfocus stelt dat telefonie een dedicated vak is geworden en ook als zodanig behandeld moet worden. Het serviceconcept dat wordt voorgesteld bestaat uit het inrichten van een callcenter: het losweken van de telefonie uit de diverse directoraten en regio's. De kwaliteit van dienstverlening is belangrijker geworden dan de schijnbare nabijheid voor de klant. Commerciële Zaken, de aanjager van dit serviceconcept, neemt aan dat het call-center onder het directoraat CZ wordt geplaatst. De backoffices VA en ZGA maken echter ook aanspraak op deze functie. Na een interne discussie wordt besloten om een apart directoraat Klantcontacten in te richten op drie locaties: Tilburg, Eindhoven en Nijmegen. De motivatie voor drie locaties in plaats van één is wederom het belang van de betrokken medewerkers. Het merendeel van hen werkt immers in of bij deze plaatsen²⁰. Ook denkt men dat het moeilijk zal zijn om op één locatie voldoende personeel aan te kunnen trekken.

In februari 2001 is het Plan van aanpak voor het Serviceconcept gereed. Als aanleiding voor de reorganisatie vat dit plan samen: de ontevredenheid van klanten over het serviceniveau van VGZ en de onduidelijkheid voor klanten, teveel inbelpunten, teveel overdrachtmomenten, onvoldoende inzicht in de afhandeling van vragen en onvoldoende benutting van verkoopmomenten. De doelstellingen van het serviceconcept zijn 'het realiseren van een eenduidige toegang voor de klant en het verhogen van de service aan de klant, het realiseren van (verkoop-) doelstellingen van VGZ en het realiseren van functies met een aantrekkelijke taakinhoud'. Omdat het niet mogelijk is om op één moment een volledig werkend callcenter neer te zetten, wordt voorgesteld om in plateaus te gaan werken, zie figuur 5.19.

In 2002 is het directoraat Klantcontacten voor het eerst operationeel, met 200 medewerkers. (Zie figuur 5.20 voor het organogram van KC in 2005). Aanvankelijk staat de performance van het nieuwe directoraat Klantcontacten zwaar onder druk. 'We zakten door het ijs'. De formatie is te klein, de kwaliteit van de medewerkers is te gering en de middelen waar de KC-medewerkers mee moeten werken zijn ontoereikend.

²⁰ De ondernemingsraad pleit voor één locatie: liever in één keer de pijn dan achteraf concluderen dat één locatie beter ware geweest.

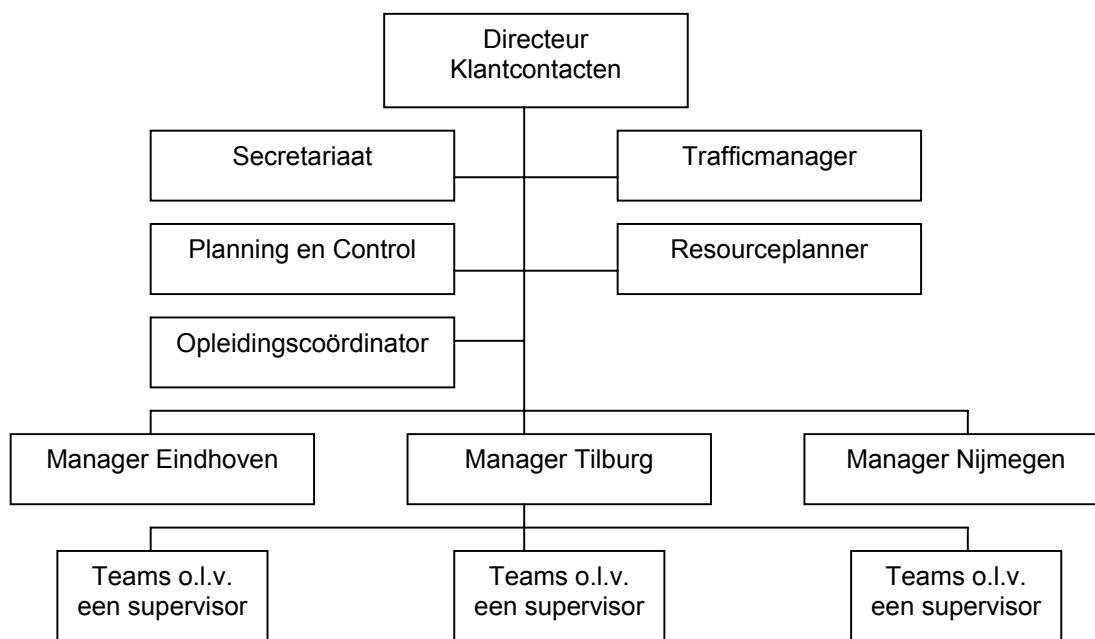


Figuur 5.19: Plateau A, B en C Serviceconcept. Bron: Plan van aanpak Serviceconcept

In de jaren daarna wordt er veel ondernomen om de telefonie te professionaliseren. In 2003 wordt een toekomstvisie klantcontacten ontwikkeld met een horizon van vijf jaar. KC+ moet de klant ruimere openingstijden bieden, één servicenummer per klantgroep voor alle type vragen, een minimaal aantal keren doorverbonden worden en indien nodig de service dat VGZ zelf terugbelt. De KC-medewerker dient duidelijke werkwijzen en goede ondersteuning te krijgen, duidelijke afspraken met de rest van de VGZ-organisatie, caseverantwoordelijkheid (KC-medewerkers handelen de vraag volledig af en monitoren de voortgang) en variatie in het werk door aanvullende activiteiten zoals outbound sales. De processen worden aangepast, zie figuur 5.21. Voor telefonie en e-mailverkeer komt er een eerste lijn en een tweede lijn. De eerste lijn moet in staat zijn om 80% van alle vragen (CZ, VA en ZGA) zelfstandig te beantwoorden. De tweede lijn, een kenniseiland genoemd, kan vragen beantwoorden die complexer zijn. Eerste en tweede lijn samen moeten 97% van alle vragen kunnen beantwoorden. Voor de overige vragen wordt alsnog de backoffice ingeschakeld.

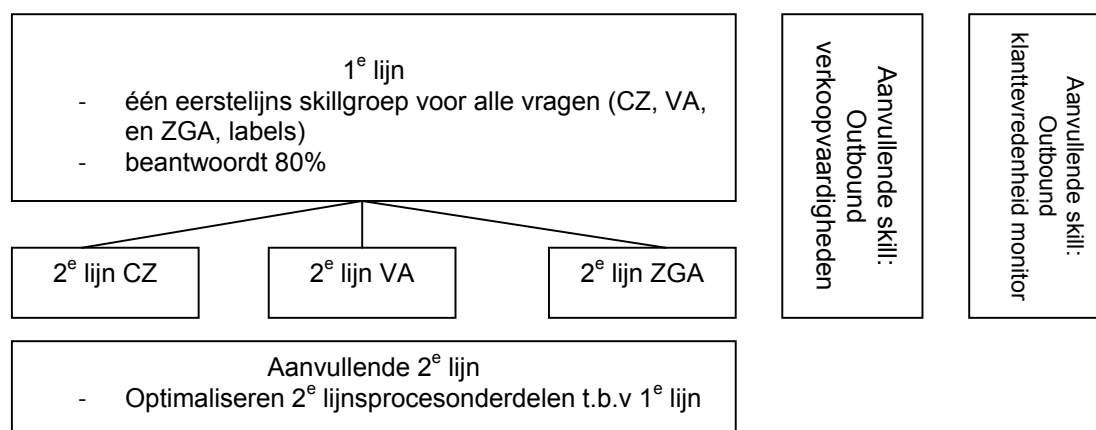
Via prestatie-indicatoren wordt de performance van KC gemeten en bijgestuurd. Via Service Level Agreements (SLA's) worden de overdrachtmomenten met de andere directoraten bewaakt. Het begrip 'klantgerichtheid' wordt helder gedefinieerd. Een telefoongesprek wordt opgebouwd via vijf A's: Aanvang/algemeen, Analyse, Antwoord en Afsluiting. Ook de achterstand op ICT-gebied wordt aangepakt. Maar het duurt toch tot 2005 voordat, onder druk van de nieuwe zorgverzekering, een Klantbeeldapplicatie in gebruik genomen wordt en Dialoogondersteuning wordt ingevoerd. De capaciteit voor deze informatiefunctie wordt in 2005 flink uitgebreid door een Aanvullend Call Centrum in Heerlen in gebruik te nemen. De CAO voor zorgverzekeraars is niet geschikt om de gewenste dienstverlening te kunnen leveren met VGZ-medewerkers. Openingstijden tot 21.00 uur en op de zaterdag worden onder deze CAO onbetaalbaar.

Eind 2005 heeft VGZ-IZA dus op vier locaties telefoniecapaciteit beschikbaar. 'In KC is de automatisering verder ontwikkeld. Het verlenen van service aan de klant is daardoor veel verder geprofessionaliseerd. Omdat veel mensen parttime werken bij KC, is de baan toch afwisselend genoeg'.



Figuur 5.20: Organogram Directoraat Klantcontacten in 2005

De locatiemanagers zijn operationeel verantwoordelijk voor één locatie. Zij sturen elk minimaal vijf en maximaal twaalf supervisors aan. De supervisor vervangt de procesbegeleider, die als inhoudelijk expert in de tweede lijn wordt geplaatst. De supervisor is verantwoordelijk voor de kwaliteit en kwantiteit van de performance van zijn team. Een team bestaat uit 10 tot 15 mensen.



Figuur 5.21: Indeling eerste en tweede lijn directoraat Klantcontacten, 2005

Tot zover de beschrijving van de vier in dit onderzoek betrokken functies. In hoofdstuk 4 en 5 zijn de in hoofdstuk 1 geformuleerde onderzoeksvragen a, b en deels e beantwoord.

a) Hoe verloopt de organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006?

- b) Hoe verloopt specifiek de organisatieontwikkeling van de kernfuncties: informatie geven, verkopen van polissen, inkopen van zorg en de administratiefunctie in deze periode?
e) Welke resultaten realiseert Zorgverzekeraar VGZ met deze organisatieontwikkeling?

Hoofdstuk 6 gaat ondermeer in op de vragen c, d en e.

5.5. Samenvatting

Deze paragraaf vat hoofdstuk 4 en 5 nog eens samen in een chronologische opsomming van relevante bedrijfsfeiten.

Organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ 1989 – 2005	
1989	16 juni en 3 november 1989: zes ziekenfondsen en de bovenbouworganisatie VGZ vormen een groep in de zin van het ondernemingsrecht. De oorspronkelijke ziekenfondsen functioneren ongewijzigd en regionaal gescheiden door.
1990	De arbeidsvoorwaarden worden geüniformeerd en de keuze voor één geautomatiseerd systeem wordt gemaakt. Er wordt een trainingsprogramma uitgevoerd voor 1400 medewerkers.
1991	Er wordt een functionele aansturing toegevoegd aan de regio-aansturing.
1992	Het Raad-van-Bestuursmodel wordt geïntroduceerd.
1993	Februari: de regio-directeuren verhuizen fysiek naar Nijmegen, de organisatie wordt vanaf nu functioneel aangestuurd. De beheerskosten worden intern gebudgetteerd. De drie computercentra worden geconcentreerd in Nijmegen. De afdeling Personeelszaken wordt omgevormd tot Human Resources. Alle zorginkoop-segmenten worden onder één directoraat gebracht om het zorginkoopbeleid te harmoniseren. Er worden veel cursussen georganiseerd. In 1993 wordt de pakketombouw gerealiseerd: er wordt een uniform basispakket voor ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden ontwikkeld met dezelfde aanvullende verzekerden. In december wordt het Masterplan CONDOR aan de organisatie gepresenteerd.
1994 1995	Start van het organisatieveranderingstraject CONDOR: <u>CON</u> centratie, <u>De</u> concentratie en <u>Organisatie</u> <u>Revitalisering</u> . Het doel is de bevordering van kwaliteitsverbetering, kostenbewustzijn en klantgerichtheid. Dit programma wordt in 1995 afgerond. In 1994 wordt de IZZ-regeling opengesteld voor ziekenfondsverzekerden. In 1995 start de samenwerking tussen VGZ en IZA.
1996	Het eerste jaar dat de CONDOR-organisatie volledig operationeel is.

Organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ 1989 – 2005	
	Er zijn drie directoraten ontstaan: Verzekeringen (CZ, ZVZ en Debiteurenadministratie), Zorg (Zorginkoop en ZVS) en Bedrijfsvoering (FiFa en ICT). Daarnaast zijn er vier stafafdelingen: Juridische Zaken, Human Resources, Concern Controlling en Corporate Communication.
1997	Nieuw beoordelingssysteem BGB ingevoerd. Het COA brengt de uitvoering van de ziektekostenregeling voor asielzoekers onder bij VGZ-IZA.
1998	1 januari: het zorgkantoor vervangt het verbindingskantoor voor de uitvoering van de AWBZ. Het PWC-rapport verschijnt. De ondernemingsraad publiceert de nota 'Ruimte voor openheid'.
1999	VGZ ontwikkelt een nieuwe missie, visie en strategie. In resultaatgebieden worden de organisatiedoelstellingen benoemd. De Beleids- en Uitvoeringscyclus wordt herijkt. Er worden beleidskaders ontwikkeld voor het Verkoopbeleid, Zorginkoopbeleid, Organisatiebeleid, HRM-beleid, Kwaliteitsbeleid, Financieel Beleid en ICTbeleid. Het Directoraat Verzekeringen, Directoraat Zorg en Directoraat Bedrijfsvoering worden gesplitst in Commerciële Zaken, Verzekerdenadministratie, Zorg, Zorgadministratie, FiFa en IS. De stafafdelingen Business Development en Planning en Control ontstaan. De samenwerking met IZA wordt omgezet in een samenwerking voor onbepaalde tijd. IZA verwerft het contract uitvoering Interprovinciale Ziektekostenregeling (IZR).
2000	TWA Medic Info start, een nieuwe dienstverlening met als doel de consument te voorzien van goede en betrouwbare informatie op het gebied van gezondheid en lifestyle. Start van een afdeling Zorgbemiddeling. Introductie van het BedrijfsZorgPakket. Start van een VGZ-breed programma 'Kwaliteit in Beweging', met als doel de administratieve organisatie van VGZ door te lichten en INK-fase 3, systeemkwaliteit te bereiken. De Ondernemingsraad publiceert de nota 'Koorts, Ziekteverzuim VGZ: oorzaak of gevolg?!'
2001	Start van de afdeling Innovatie, met als doel het faciliteren van innovaties. In oktober gaat een nieuw Directoraat Klantcontacten van start. Het directoraat Commerciële Zaken reorganiseert n.a.v. het KiB-programma. De nieuwbouw in Eindhoven wordt betrokken door de Zorgadministratie, Zorgkantoor-administratie en Zorgbemiddeling Ondertekening van de intentieverklaring tot fusie tussen VGZ en IZA-Nederland en start van een onderzoek naar de mogelijkheden van een fusie met Univé. Ondertekening van de intentieverklaring tot de oprichting van een nieuwe ziektekostenverzekeraar IZV, tussen VGZ en Interpolis.
2002	Maart: de ondernemingsraad adviseert positief over de inrichting van het directoraat Klantcontacten.

Organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ 1989 – 2005	
	<p>Er wordt een eigen Bedrijfsgezondheidsdienst ingericht. De omslag naar werken in (veel kleinere) teams wordt ingezet bij de verzekerdenadministratie. Er wordt een team Fraudebestrijding en Misbruikvoorkoming ingesteld.</p> <p>VGZ opent de website www.gezondvgz.nl. IZA opent de website www.gezondiza.nl.</p> <p>De intentie-overeenkomst met Univé wordt in juni ontbonden. De fusiebesprekingen met IZA-Nederland gaan door en leiden in december tot een besluit over de bedrijfsfusie VGZ-IZA.</p> <p>Het is financieel gezien een tegenvallend jaar door sterk stijgende zorgkosten en tegenvallende beleggingsresultaten. Het vermogensbeheer wordt overgedragen aan één fiduciair manager, Goldman Sachs.</p>
2003	<p>Het management wordt getraind in coachend leidinggeven. Het ziekteverzuim daalt van 10% naar 4,9%. De ICT-architectuur wordt herzien met het oog op de toekomst: de komst van de standaardverzekering en de verwachte groei van VGZ.</p> <p>De intentieverklaring met Interpolis wordt in juli opgezegd.</p> <p>Het uitvoeringsverslag van VGZ krijgt een hoge waardering door de toezichthouder.</p> <p>VGZ sluit de eerste prestatiecontracten met ziekenhuizen en introduceert via Etos een nieuw distributiekanaal voor medicijnen.</p>
2004	<p>Op 1 januari 2004 is de bedrijfsfusie VGZ-IZA een feit en wijzigt de juridische structuur. De VGZ-IZA Groep heeft een verzekerdenbestand van 2,7 miljoen klanten en behoort op dat moment tot de top drie van grootste zorgverzekeraars in Nederland.</p> <p>Er wordt een intentieverklaring met Trias getekend.</p> <p>Via het PINPAS programma (doorlopend tot 2006) worden de bedrijfsprocessen herontworpen in samenhang met de invoering van Oracle Open Zorg.</p> <p>De nieuwbouw in Tilburg wordt betrokken door de Verzekerdenadministratie.</p> <p>Het jaarverslag verschijnt voor het eerst digitaal op Internet.</p>
2005	<p>VGZ-IZA en Trias ondertekenen een fusieovereenkomst. Hiermee ontstaat één groep van bedrijven waarbinnen de merken VGZ, IZA en Trias ieder hun bestaansrecht houden. Gezamenlijk bedienen zij ongeveer 3,4 miljoen verzekerden.</p> <p>In juli wordt een samenwerking met de Goudse getekend. Deze strategische samenwerking tussen VGZ-IZA, Trias en De Goudse krijgt concreet vorm in een gecombineerd zorg-verzuimproduct voor de collectieve markt. Verkoop vindt plaats onder de eigen labels.</p> <p>De zorgportefeuille van De Goudse wordt per 1 oktober overgedragen aan Trias, vooruitlopend op de fusie van Trias met VGZ-IZA.</p> <p>Er wordt een gezamenlijke missie, visie en strategie van VGZ-IZA en Trias gepresenteerd. Dit vormt de basis van de (nog afzonderlijke) jaarplannen 2006 van beide organisaties.</p> <p>In november worden hernieuwde gesprekken met Univé bekend gemaakt.</p> <p>In september gaat het Aanvullend Call Center (ACC) in Heerlen van start om de verwachte drukte rond de nieuwe zorgverzekering op te vangen.</p> <p>VGZ biedt als eerste zorgverzekeraar aan één van haar klanten de nieuwe zorgverzekering aan.</p>

Tabel 5.10: Organisatieontwikkeling en relevante bedrijfsfeiten van Zorgverzekeraar VGZ 1989 - 2005

6 Zorgverzekeraar VGZ, een analyse

Dit hoofdstuk geeft het antwoord op de volgende, in hoofdstuk 1 geformuleerde onderzoeksvragen:

- 6.1 Hoe heeft VGZ de omgeving in de onderzoeksperiode gewaardeerd?
- 6.2 Hoe heeft het management van VGZ gereageerd op de omgevingsveranderingen?
- 6.3 Welke resultaten realiseert VGZ met deze organisatieontwikkeling, en specifiek: welke resultaten realiseert VGZ in termen van klanttevredenheid?
- 6.4 Is VGZ in de onderzoeksperiode meer of minder bureaucratisch geworden, in de wetenschappelijke betekenis van het woord?
- 6.5 Hoe heeft de klantgerichtheid zich ontwikkeld bij VGZ, ofwel: is VGZ door de schaalvergroting meer of minder bureaucratisch geworden, in de populaire betekenis van het woord?

Deze analyse van de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ is gebaseerd op:

- de organisatieontwikkeling van VGZ en specifiek van de vier kernfuncties, beschreven in hoofdstuk 4 en 5;
- een dertigtal interviews uitgevoerd in 2003 met relevante functionarissen binnen VGZ¹;
- een analyse van een integrale uitdraai van het personeelsbestand van VGZ (tot op persoonsniveau) op vier significante meetmomenten in de onderzoeksperiode, te weten:
 - 1. op 31-12-1990: direct na de fusie van de zes ziekenfondsen met de particuliere bovenbouworganisatie VGZ;
 - 2. op 31-12-1996: direct na de afsluiting van de CONDOR-operatie;
 - 3. op 31-12-1999: direct na de wijziging van de topstructuur;
 - 4. op 31-12-2003: het laatst mogelijke meetmoment van het personeelsbestand van Zorgverzekeraar VGZ, net voor de fusie met IZA Nederland op 1 januari 2004.

Conclusies zijn vanaf nu cursief weergegeven.

6.1. Waardering van de omgeving door VGZ

Hoofdstuk 4 en 5, de verschillende interne beleidsdocumenten en de gesprekken met de geïnterviewden geven inzicht in de wijze waarop VGZ de omgeving heeft waargenomen in de onderzoeksperiode. Het gaat in deze paragraaf om de subjectieve waardering die (het management van) Zorgverzekeraar VGZ in de betreffende periode heeft gegeven aan deze omgevingsfactoren. Samengevat ziet Zorgverzekeraar VGZ in de periode 1987 tot 2006 de volgende omgevingsfactoren als het meest relevant voor de organisatieontwikkeling.

Samenvatting van de belangrijkste omgevingsfactoren in de periode 1989 tot 2006 volgens Zorgverzekeraar VGZ

- De toegenomen financiële verantwoordelijkheid van een zorgverzekeraar.
- De aangekondigde stelselherziening (begin jaren negentig en in 2004/2005).

¹ Zie voor een overzicht van de geïnterviewden bijlage 7. Zie voor de leidraad voor de interviews bijlage 2.

- Het vrijgeven van de werkgebieden van de ziekenfondsen in 1992.
- De grote en de kleine convergentie².
- De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg.
- Een veranderde relatie met verzekerden door de invoering van concurrentie, toenemende collectivisering, nieuwe en hogere eisen van individuele verzekerden en collectiviteiten aan het functioneren van een zorgverzekeraar en de toegenomen bewustwording van verzekerden door voorlichting.
- De verzakelijking van de relatie met zorgaanbieders, veroorzaakt door nieuwe eisen ten aanzien van de rol van zorgverzekeraars bij zorginkoop, zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing, het opheffen van de contracteerplicht en de introductie van concurrentie in het tweede en derde compartiment.
- De modernisering van de AWBZ en het ontstaan van de zorgkantoren voor het eerste compartiment.
- De modernisering van het toezicht en aanvullende eisen ten aanzien van de externe verantwoording.
- Technologische ontwikkelingen.
- en (in mindere mate) de invloed van 'Europa' op Nederlandse wet- en regelgeving en op het functioneren van zorgverzekeraars.

Welke omgevingsfactoren het meest belangrijk zijn is moeilijk te zeggen, omdat voor de onderscheiden functies verschillende zaken meer en minder relevant zijn geweest. De geïnterviewden binnen VGZ zijn vrijwel unaniem over het feit dat tot 2000 de toegenomen financiële verantwoordelijkheid voor ziekenfondsen van doorslaggevend belang is geweest voor de organisatieontwikkeling van VGZ. Vanaf 2000 wordt de klant c.q. de collectiviteit steeds belangrijker. Op basis van het voorgaande wordt de omgeving van zorgverzekeraars in de periode 1989 – 2003 door de geïnterviewden als volgt getypeerd, zie tabel 6.1.³

Waardering van de omgeving in de periode 1987 – 2003, door de geïnterviewden van VGZ			
Dimensie van de omgeving:	Verkoopfunctie	Zorginkoopfunctie	Administratie- en informatiefunctie
Stabiel – Dynamisch	Meer dynamisch	Meer dynamisch	Meer dynamisch
Simpel – Complex	Meer complex	Meer complex	Meer complex
Geïntegreerd – Gediversifieerd	Meer gediversifieerd	Meer gediversifieerd	Meer gediversifieerd
Gunstig gestemd – Vijandig	Meer vijandig	Meer vijandig	Meer vijandig

Tabel 6.1: Waardering van de omgeving in de periode 1987 – 2003, door de geïnterviewden van VGZ

Deze waardering van de onderscheiden omgevingssectoren wordt als volgt gemotiveerd.

De omgeving van de verkoopfunctie is in 2005 ten opzichte van 1987 significant meer dynamisch, meer complex, meer gediversifieerd en meer vijandig. Verzekerden zijn klanten geworden. Zij zijn mondiger en kritischer geworden en de concurrentie is in de onderzoeksperiode geleidelijk toegenomen. Andere zorgverzekeraars zijn eerst collega's, dan con-

² De grote convergentie tussen zorg en sociale zekerheid. De kleine convergentie tussen ziekenfonds-verzekerde en particulier verzekerde.

³ Hier staat bewust '2003', omdat de interviews in 2003 zijn afgenomen. Deze waardering is in 2005 niet wezenlijk anders.

cullega's en vervolgens concurrenten. De klantsegmentatie in het verkoopbeleid van VGZ is toegenomen (hogere diversificatie). Begin jaren '90 is vooral het onderscheid ziekenfonds-verzekerde en particuliere verzekerde van belang. In 2005 onderscheidt VGZ klanten naar regio (binnen en buiten de traditionele werkgebieden), naar labels (IZZ voor de gezondheidszorg, IZA voor ambtenaren) en naar segmenten (individuele verzekerden, collectieve verzekerden, MKB, jongeren). Om premiedifferentiatie toe te kunnen passen, onderscheidt de VGZ-IZA-Trias-organisatie vanaf 2006 verschillende juridische entiteiten.

De focus van VGZ op de zakelijke markt en de daardoor toegenomen collectivisering van het verzekerdenbestand (los van de algemene collectivisering die eind 2005 plaatsvindt), maakt dat VGZ een sterkere klant leert kennen die hogere eisen stelt aan producten en dienstverlening. De zakelijke klant vraagt ook op het gebied van verzuimbeheersing en reïntegratie (convergentie tussen zorg en sociale zekerheid) om nieuwe producten en diensten. Dit biedt VGZ enerzijds een nieuwe markt. Anderzijds vraagt het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten om meer innovatief vermogen van de organisatie. Ook de label-organisaties willen iets bijzonders voor hun achterban. Deze wensen en eisen roepen intern conflicten op tussen een verkooporganisatie die maatwerk wil leveren en een backoffice-organisatie die juist gebaat is bij standaardisatie van producten en diensten.

Ook de omgeving van de zorginkoopfunctie scoort in 2005 op alle dimensies hoger ten opzichte van 1987. Oorzaken hiervan zijn de toegenomen bevoegdheden en verantwoordelijkheden van een zorgverzekeraar op dit gebied, het feit dat de zorgvragende verzekerde mondiger is geworden ('Er zijn nu meer conflicten met verzekerden over vergoedingen dan vroeger'), de schaarste in de zorg gecombineerd met vraagsturing (leidend tot nieuwe dienstverlening zoals de gidsfunctie en wachtlijstbemiddeling), diversificatie van de contracten, kwaliteitsparagrafen in contracten, specifieke eisen van toezichthouders aan de zorginkoopfunctie, de noodzaak tot zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing et cetera. Gevolg is een verzakelijking van de relatie met zorgaanbieders, die zelf ook sterker (groter) en commerciëler worden.

Voor de administratiefunctie, hier samengevat met de informatiefunctie omdat telefonische contacten tot 2001 binnen deze functie vielen, oordelen de geïnterviewden de omgeving ook op alle dimensies hoger scorend in 2005 dan in 1987, zij het minder duidelijk. Voorbeelden van meer dynamiek zijn wisselingen van verstrekkingen van het ziekenfondspakket naar de AWBZ en weer terug, of van het ziekenfondspakket naar de aanvullende pakketten. Voorbeelden van een hogere complexiteit en meer dynamiek in deze omgevingssector zijn de invoering van eigen bijdragen, eigen risico's en no-claimbedragen, de toename van externe integratie (versnelling van levertijden en een toegenomen afhankelijkheid van de ICT), toenemende financiële verantwoordelijkheid, toenemende eisen van toezichthouders en van verzekerden en de toegenomen transparantie over het eigen presteren. Daarnaast is het aantal actoren toegenomen waarmee een relatie wordt onderhouden, denk aan ICT-leveranciers, samenwerkingsverbanden, sociale diensten, outsourcing-bedrijven, verhaal-organisaties et cetera. Naast de Ziekenfondsraad zijn vanaf de jaren '90 ook andere toezichthouders een rol gaan spelen.

Opvallend bij deze motivatie is dat niet alleen factoren in de omgeving van VGZ een hogere score op de vier dimensies veroorzaken, maar ook de beleidskeuzen van de organisatie zelf (landelijk gaan werken, samenwerkingsverbanden aangaan) of de reacties van zorgverzekeraars op elkaar (concurrentie).

Bedreigend maar vooral kansen biedend

Samenvattend onderschrijven de geïnterviewden dat VGZ de veranderende omgeving aanvankelijk als bedreigend heeft ervaren. De fusie in 1989 is dan ook allereerst een antwoord op deze gevoelde bedreiging. In 1989 verwacht het management van de ziekenfondsen dat de aangekondigde stelselherziening de invoering van concurrentie betekent en een sterk toenemende financiële verantwoordelijkheid. Deze verwachting is voldoende voor

de zes ziekenfondsen en hun bovenbouw VGZ om de handen ineen te slaan. Het feit dat deze stelselherziening in 1994 wordt afgeblazen, heeft geen effect meer op de verdere integratie van de organisaties: deze gaat gewoon door. De CONDOR-operatie maakt vervolgens een eind aan het zelfstandig functioneren van de zes ziekenfondsen, om de genoemde redenen: klant, kwaliteit en kosten. Het vrijgeven van de werkgebieden van de ziekenfondsen in 1992 en de ambitie van het VGZ-management om landelijk te gaan werken, zijn voldoende om de in gang gezette organisatieontwikkeling doorgang te laten vinden.

De SWOT-analyses die zijn gemaakt voor de CONDOR-operatie (1993/1994) en voor het MVS-traject (1999) zijn genuanceerder: men ziet kansen én bedreigingen. De invoering van het INK-managementmodel in 1999 leidt tot het bewustzijn in de organisatie dat meerdere stakeholders van belang zijn. De aandacht wordt meer naar buiten verlegd en de interne aansturing wijzigt fundamenteel van inspanningsgericht naar resultaatgericht.

Vanaf 2003 komt de stelselwijziging opnieuw in zicht. De omgeving is dan al zodanig veranderd ten opzichte van begin jaren '90 dat de klantgerichtheid van de organisatie steeds belangrijker is geworden. Over het algemeen oordeelt men sinds 2000 veel positiever over de kansen die de omgeving de VGZ-organisatie biedt. Een ruime meerderheid van de geïnterviewden bestempelt de veranderende omgeving in 2003 als een kans. De organisatie krijgt meer zelfvertrouwen en draait de zaken ook wel eens om: niet de omgeving beïnvloedt VGZ, maar VGZ wil de omgeving beïnvloeden ('daar waar meningen worden gevormd') volgens de opgestelde visie. Men zoekt daarvoor bondgenoten, VGZ gaat 'statements' afgeven en publiceren in jaarverslagen en de functie 'public affairs' ontwikkelt zich. VGZ zoekt vaker de publiciteit.

In 2005, vlak voor de invoering van de nieuwe zorgverzekering, neemt de gevoelde én feitelijke dreiging van de omgeving weer sterk toe, net als begin jaren '90. Deze dreiging komt nu van meerdere kanten. Niet alleen de zorgaanbieders bieden de zorgverzekeraars tegenwicht, ook de klant wordt sterker door de genoemde collectivisering⁴. Er ontbrandt een strijd tussen de zorgverzekeraars om grote, geheel nieuwe, zogenoemde horizontale collectiviteiten. Niet alleen werkgevers sluiten collectieve contracten met zorgverzekeraars, ook diverse koepel- en belangenorganisaties zien een kans om zich te profileren en hun leden (financiële) voordelen te bieden. De concurrentie tussen de zorgverzekeraars is opeens venijnig. 'Het is oorlog', klinkt het bij VGZ in de wandelgangen. 'Het is een proces van winnaars en verliezers', volgens het Verbond van Verzekeraars (AD, 24-02-2006). Begin 2006 wordt duidelijk dat veel meer verzekerden van zorgverzekeraar zijn gewicht dan in voorgaande jaren.

6.2. Beleid en strategie

De objectief waarneembare omgevingsveranderingen, beschreven in hoofdstuk 3, en de subjectieve waardering van deze veranderingen door het topmanagement van VGZ, gevoegd bij ambities van het management én interne knelpunten, leidden tot het beleid dat VGZ in de periode 1989 tot 2006 heeft gevoerd. Deze paragraaf vat dit beleid nog eens samen.

De omgeving is achteraf gezien in 1989 op een cruciaal punt 'verkeerd' ingeschat door het management van de zes ziekenfondsen en de bovenbouworganisatie: de stelselwijziging waar men op anticipeerde ging uiteindelijk niet door. Dit argument voor de fusie blijkt achteraf

⁴ 'Nederlanders kiezen massaal collectieve zorgverzekering' kopt het Algemeen Dagblad op 24-2-2006. Volgens dit artikel zijn vijf miljoen consumenten nu collectief verzekerd, tegen twee miljoen in 2005.

gezien dus niet valide. Menig voormalig ziekenfondsdirecteur zal zich achter de oren hebben gekrabd. Echter, deze voorbarige reactie van het management is achteraf gezien het beste geweest dat kon gebeuren. De strategische respons op deze toekomstverwachting was immers: fuseren met zeven organisaties ineens, in 1989. VGZ heeft hierdoor de gehele periode, van 1989 tot 2006 tot haar beschikking gehad om de organisatie in te richten voor de uiteindelijke stelselwijziging van 2006. De VGZ-geïnterviewden oordelen in 2003 dan ook onverdeeld positief over de fusie van 1989. Hoewel heimwee naar de kleine overzichtelijke organisaties soms sterk doorklinkt in de interviews, is men ervan overtuigd dat het gevoerde beleid noodzakelijk is geweest. 'De kleine ziekenfondsen van toen zouden de grote collectiviteiten van nu niet kunnen bedienen'. De integratie- en concentratiefase (CONDOR) zijn niet alleen doorlopen, zij zijn in 2005 ook volledig verwerkt door de organisatie. Samenvattend zijn de belangrijkste speerpunten van het VGZ-beleid in de periode 1989 tot 2006 de volgende geweest:

- schaalvergroting: het bereiken van een marktaandeel dat in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt continuïteit garandeert en dat zoveel mogelijk regionaal gespreid is over het land (jaarverslag 2004);
- collectivisering van het verzekerdenbestand;
- het gelijkschakelen van het particuliere pakket aan het ziekenfondspakket;
- het voeren van een stabiel prijsbeleid, zie bijlage 11;
- professionalisering van de bedrijfsvoering;
- het aangaan van strategische samenwerkingsverbanden;
- het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten, zie hoofdstuk 5;
- kostenbeheersing om qua prijs concurrerend te kunnen zijn, zie bijlage 11;
- het verbeteren van de dienstverlening om qua service concurrerend te kunnen zijn, zie hoofdstuk 4, 5, paragraaf 6.3 en paragraaf 6.5;
- het ombuigen van inspanningsgerichtheid naar resultaatgerichtheid in het beleid, zie hoofdstuk 4;
- het integreren van de drie visies van hoofdstuk 5, door de klant centraal te stellen, zie paragraaf 6.3 en 6.5;
- het uitnuttigen van transparantie als een imagoverbeterend aspect.

Deze punten worden hierna toegelicht, voor zover dat na hoofdstuk 4 en 5 nog noodzakelijk is.

Schaalvergroting en groei van het verzekerdenbestand

Voor de buitenwereld is de schaalvergroting van VGZ het meest zichtbare antwoord op de veranderende omgeving geweest. Bijlage 11 laat de gerealiseerde groei van VGZ zien, qua verzekerdenaantal, personele formatie en financiële cijfers. Als het jaar 1989 als uitgangspunt wordt genomen (op 100 gesteld), het eerste jaar waarin de zes ziekenfondsen en de VGZ bovenbouw een gezamenlijke jaarrekening presenteren, is VGZ in de onderzoeksperiode als volgt gegroeid, zie tabel 6.2.

Op basis van deze gegevens kan een conclusie worden getrokken ten aanzien van de groei van de organisatie. De autonome groei van Zorgverzekeraar VGZ, dus exclusief IZA, is in 2003 44,6% ten opzichte van de situatie in 1989, net na de fusie. De personele groei is hier iets bij achtergebleven (42,6%) terwijl de bedrijfskosten bijna zijn verdrievoudigd (niet gecorrigeerd voor de prijsindex). De groei van het groepsresultaat en het groepsvermogen is minder informatief, omdat het beleid van de organisatie hierop sterk van invloed is: het onttrekken of toevoegen van geld aan de financiële reserves en het omgaan met beleggingsopbrengsten ten behoeve van de premievaststelling.

De groei van Zorgverzekeraar VGZ				
	1989	1996	1999	2003⁵
Aantal verzekerden	100	113,8	117,7	144,6
Gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	100	110,7	107,8	142,6
Groepsresultaat	100	399,0	453,5	113,1
Totaal premies en bijdragen inclusief AWBZ	100	151,3	181,1	301,8
Totaal omzetverantwoordelijkheid Inclusief AWBZ	100	152,7	208,8	327,4
Totaal bedrijfskosten	100	154,6	172,4	288,0
Groepsvermogen	100	212,6	336,1	290,4

Tabel 6.2: Schaalvergroting bij Zorgverzekeraar VGZ, uitgedrukt als index ten opzichte van 1989

Deze cijfers zeggen niet veel over de gerealiseerde efficiency of het behalen van schaalvoordelen. Ten eerste kan niet worden aangenomen dat de ziekenfondsen in 1989 op de meest efficiënte wijze waren georganiseerd. Alle getallen voor dat jaar op 100 stellen wekt misschien de suggestie dat de zes organisaties toen volledig in balans waren, maar dit is niet zo bedoeld (en ook niet het geval). Ook in 1989 waren de zes afzonderlijke ziekenfondsen meer en minder efficiënt georganiseerd. Ten tweede is het takenpakket van zorgverzekeraars sindsdien gewijzigd: er zijn taken vervallen, er zijn nieuwe taken toegevoegd en er zijn sinds 1989 diverse taken uitbesteed aan derden⁶. Andere factoren zijn: wijzigingen van het ziekenfondspakket en de AWBZ, toegenomen externe integratie, automatisering van bedrijfsprocessen, de introductie van nieuwe producten en diensten (zoals BZP en wachtlijstbemiddeling), het gebruik van nieuwe distributiekkanalen die ook nieuwe werkzaamheden met zich meebrengen (zoals het gebruik van Internet), de invoering van de 34-urige werkweek, de prijsindex et cetera.

Hoewel schaalvergroting vaak wordt gemotiveerd met 'het bereiken van schaalvoordelen', is in dit onderzoek niet geprobeerd al deze factoren te kwantificeren en te elimineren. Voor de zes ziekenfondsen was dit ook niet het belangrijkste argument voor de fusie in 1989. De fusie met Trias wordt in 2005 als volgt gemotiveerd: 'Met het oog op de toenemende concurrentie onder zorgverzekeraars verkrijgen we hiermee een marktaandeel dat ons de mogelijkheid biedt de voordelen van zorginkoop, productontwikkeling, innovatie, risicospreiding en efficiency nog beter te benutten' (jaarverslag 2005).

De groei van het VGZ-verzekerdenbestand is als volgt te verklaren:

(Bron: Ontwikkelingen in de markt en de verzekerdenpopulatie, maart 2003, jaarverslag 2005)

⁵ Tot 2004 functioneert VGZ zelfstandig, vanaf 2004 is de fusie met IZA gerealiseerd. De groei in 2005 is daarom onvergelykbaar met het beginjaar 1989 en niet meer opgenomen.

⁶ Voorbeelden van uitbesteede taken zijn: administratieve taken, telefoonopvang bij piekbelasting, automatiseringstaken, incasso van premies bij wanbetalers, beleggingstaken, verkoop via volmachten, ATP'en en intermediairs etc. De regeling Uitbesteding Verzekeraars die in 2004 in werking is getreden, vereist dat zorgverzekeraars ook hier de kwaliteitseisen waarborgen.

- als groep groeit VGZ vanaf 2000 snel. Deze groei is voornamelijk te danken aan de labels en de volmachten. Het aandeel van de labels in de totale verzekerdenpopulatie wordt steeds groter. Een deel van de groei wordt ook verklaard uit de groei van het aantal verzekerden via uitvoeringscontracten;
- het aantal VGZ-verzekerden stijgt in 2003 sneller dan de Nederlandse bevolking en ook het aantal ziekenfondsverzekerden stijgt sneller dan het totale aantal Nederlandse ziekenfondsverzekerden. Het marktaandeel neemt dus toe;
- het marktaandeel in de traditionele werkgebieden neemt echter af, vooral in de grote steden in Brabant en Limburg. VGZ groeit buiten het traditionele werkgebied: in 2003 woont 23% van het verzekerdenbestand buiten het traditionele werkgebied. Het spreidingsbeleid is effectief;
- de groei bij de individuele verzekerden blijft achter, onder andere door het kannibaliserings-effect: deze verzekerden worden opgenomen in collectieve contracten;
- het succes in de collectieve sector veroorzaakt vooral een stijging van het aandeel particuliere verzekerden. Dit succes wordt grotendeels gerealiseerd door het kanaal intermediairs/ATP.

Spreiding van de verzekerden over Nederland

Het verzekerdenbestand is vanuit de traditionele werkgebieden van de zes oorspronkelijke ziekenfondsen geconcentreerd in het zuiden van het land, Noord Brabant en Limburg. Vanaf het beleidskader Verkoop (1999) is werving boven de rivieren bewust beleid geweest. Vanaf 2000 wordt de regio Gelderland als groeiregio aangemerkt. Inclusief deels zorgverzekerden, labels en volmachten zijn de VGZ verzekerden op 31-12-2002 als volgt over Nederland verspreid, zie tabel 6.3. De fusie met IZA, de samenwerking met Trias (Gorinchem) en in de toekomst met Univé (Alkmaar en Zwolle) ondersteunt dit spreidingsbeleid. Ook de collectivisering draagt hieraan bij.

Spreiding van het VGZ verzekerdenbestand over Nederland, per 31-12-2002				
Provincie	Inwoners Per 31-12-2002	VGZ-verzekerden Per 31-12-2002	% Inwoners dat verzekerd is bij VGZ	% VGZ- verzekerden woonachtig in de provincie
Noord Brabant	2.399.865	903.622	37,65	46,68
Limburg	1.142.618	389.539	34,09	20,12
Gelderland	1.959.723	208.148	10,62	10,75
Zuid-Holland	3.459.422	136.367	3,94	7,04
Nederland	16.189.429	1.935.984	11,96	

Tabel 6.3: Spreiding van het VGZ verzekerdenbestand over Nederland, per 31-12-2002

In- en uitstroomanalyse

Naast de absolute toe- of afname van het aantal verzekerden, is het aantal mutaties voor een zorgverzekeraar van belang, omdat dit de werkdruk van de eindejaarsperiode bepaalt. Zo zijn 50.000 inschrijvingen en 50.000 uitschrijvingen per saldo 0 verzekerden toe- of afname, maar wel 100.000 te verwerken mutaties. De 'prolongatie' is daarom voor de verzekerdenadministratie de belangrijkste periode van het jaar. Om deze werkdruk op te vangen werkt

Zorgverzekeraar VGZ onder andere met 'Efteling-medewerkers': in de periode dat attractiepark de Efteling gesloten is, kunnen deze medewerkers bij VGZ aan de slag.

Sinds 2000 analyseert VGZ de in- en uitstroom van verzekerden. Er wordt bij instroom onderscheiden naar 'bijschrijvingen' (een inschrijving binnen een gezin, waarbij één of meer gezinsleden al bij VGZ verzekerd zijn, zoals een geboorte) en 'verkoop'. Verdere analyse gebeurt op de onderwerpen: mutaties binnen de VGZ-groep (van en naar andere labels, van ziekenfonds naar particulier en vice versa, van collectief naar individueel en vice versa), geboorten en sterfte, mutaties van en naar andere zorgverzekeraars en overige mutaties.

In 2002 zijn 299.490 instroommutaties geregistreerd, waarvan 49% mutaties binnen de VGZ-Groep, 37% van een andere zorgverzekeraar, 6% geboorte en 8% overig. Daarnaast zijn in 2002 263.272 uitstroommutaties geregistreerd, waarvan 44% mutaties binnen de VGZ-Groep, 37% naar een andere zorgverzekeraar, 5% overlijden en 14% overig.

Collectivisering van het verzekerdenbestand

Collectivisering van het verzekerdenbestand is een bewust beleidsonderdeel geweest van de verkoopfunctie en heeft tot 2006 vooral plaatsgevonden in de particuliere tak van het bedrijf. Het gevoerde beleid van collectivisering heeft als positief effect gehad dat het aantal particuliere verzekerden in de periode 1989 – 2005 harder is gegroeid dan het aantal ziekenfondsverzekerden, zoals zichtbaar is in tabel 6.4.

Samenstelling van het verzekerdenbestand en de collectiviseringsgraad					
	1989	1996	1999	2004	2005
Aantal ziekenfondsverzekerden	1.083,4	1.172,3	1.242,0	1.304,4	1.318,7
Percentage van totaal:	75,9%	72,1%	73,9%	60,3%	59,4%
Aantal particuliere verzekerden	344,8	453,3	439,3	859,5	900,4
Percentage van totaal:	24,1%	27,9%	26,1%	39,7%	40,6%
Percentage collectief t.o.v. individueel verzekerd	0%	→	→	→	40 %

Tabel 6.4: Samenstelling van het verzekerdenbestand. Bron: jaarverslagen VGZ

Aantal verzekerden per label en samenwerkingsverbanden			
	2003	2004	2005
VGZ-label	1.459.464	1.418.877	1.406.953
Volmachten	142.723	243.867	283.467
IZZ	337.235	360.840	380.642
SIZ	130.883	140.332	148.012
Totaal	2.070.305	2.163.916	2.219.074

Tabel 6.5: Aantal verzekerden per label en samenwerkingsverbanden. Bron: jaarverslag VGZ-IZA 2005

De groei van het aantal verzekerden is voornamelijk te danken aan de groei van de niet-VGZ labels en aan het distributiekanaal ATP, die de uitvoering hiervan vooral onderbrengt bij volmachten. Het VGZ-label maakt in 1994 nog 92,7% uit van het totale aantal verzekerden, in 2002 is dit aandeel 73,55% en in 2005 heeft het VGZ-label nog 63,4% van het totale aantal verzekerden (exclusief IZA en uitvoeringscontracten), zie tabel 6.5.

Professionalisering van de bedrijfsvoering

In hoofdstuk 4 en 5 is duidelijk geworden dat de bedrijfsvoering van VGZ in 2005 vergaand is geprofessionaliseerd ten opzichte van 1989. Het verkoopproces, het zorginkoopproces en de administratie zijn in eerste instantie geïntegreerd en geüniformeerd door het CONDOR-traject, vervolgens gestroomlijnd en op efficiency beoordeeld in het KiB-traject, de administratie is vergaand geautomatiseerd en alle processen zijn geactualiseerd op basis van de nieuwe omgevingseisen en technologische mogelijkheden. De HR-instrumenten zijn aangepast aan de nieuwe inzichten (functieprofielen, competentie management, Menu@, opleidingen) en vanaf 2003 zijn de ICT-infrastructuur en de applicaties vernieuwd. Samengevat is de ontwikkeling van de functies als volgt te beschrijven.

Ontwikkeling van de verkoopfunctie

De verkoopfunctie van VGZ heeft zich in de onderzoeksperiode sterk ontwikkeld onder invloed van het VGZ-beleid zoals hiervoor beschreven. In de periode 1987-1999 wordt de omslag gemaakt van een relatieve monopoliepositie in een regionaal werkgebied (met een zwak ontwikkelde verkoopfunctie) naar toenemende concurrentie en een landelijk werkgebied (met een sterkere verkoopfunctie). VGZ realiseert relatief vroeg de convergentie van ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering door de pakketombouw in 1993. Ook binnen de administratie wordt het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerde en particuliere verzekerde relatief vroeg losgelaten (1996).

Een belangrijke impuls voor de verkoopfunctie is het rapport Markt Focus van 1999. De zakelijke markt krijgt nu een duidelijke prioriteit ten opzichte van de individuele markt. Belangrijke ontwikkelingen zijn dan:

- het ontwikkelen van de verzekeringsadviseur tot accountmanager;
- het afstoten van oude distributiekanaalen (de verzekeringswinkels) en het ontwikkelen van nieuwe, zoals Internet;
- het investeren in de zakelijke markt;
- het verder stroomlijnen en uniformeren van het verkoopproces (KiB-project Reorganisatie Zakelijke Markt en Consumentenmarkt, het project SPOOK in 2001, het verduidelijken van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden);
- het ontwikkelen van kwalitatief betere managementinformatie voor de verkoopfunctie (zoals de instroom-, uitstroomanalyses en de jaarlijkse evaluatie van het commerciële jaar);
- het ontwikkelen van de resultaatgerichtheid van de verkoopfunctie, via prestatie-indicatoren, groei- en productiviteitsdoelstellingen.

Als het aantal verzekerden als maatstaf wordt genomen (zie tabel 3.15 en tabel 5.2), kan gesteld worden dat de verkoopfunctie van VGZ 'adequaat' heeft gereageerd op de veranderende omgeving.

Ontwikkeling van de zorginkoopfunctie

De zorginkoopfunctie maakt in de onderzoeksperiode onder invloed van de veranderende omgeving de meest fundamentele wijziging door. Samengevat zijn de belangrijkste ontwikkelingen bij de zorginkoopfunctie de volgende:

- De ontwikkeling van het klantbeeld.
In de jaren 1989 tot 2000 benoemt de zorginkoop van VGZ zowel de verzekerde als de zorgaanbieder als klant. Na de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing komt de zorgvragende verzekerde explicieter in beeld als klant. De zorgaanbieder wordt weer de leverancier van zorg. Vanaf het beleidskader 2005-2008 wordt het klantbeeld voor de zorginkoop uitgebreid met de gezonde verzekerde: zorg voor gezondheid en zorg voor ziekte. De convergentie tussen zorg en sociale zekerheid brengt bovendien de zieke werknemer als klant in beeld.
De relatie met de zorgvragende verzekerde moet volledig ontwikkeld worden. De zorgvraag is in eerste instantie niet goed of volledig in kaart gebracht en de kennis hiervan moet opgebouwd worden. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, dat zorgverzekeraars alles weten van de ziektegeschiedenis van een patiënt, worden notagegevens lang niet altijd op dit individuele niveau vastgelegd. Ook is niet bekend wat zorgvragende verzekerden vinden van het zorgaanbod en van de kwaliteit van de geboden zorg. Hierop worden vanaf 2004 steeds meer initiatieven ontplooid, zoals de Stichting Miletus. Om ook de gezonde verzekerden te bedienen worden nieuwe producten en diensten ontwikkeld.
- De ontwikkeling van het zorginkoopproces en van resultaatgerichtheid.
Het zorginkoopproces van VGZ ontwikkelt zich in de onderzoeksperiode van een door een individu ingericht, niet beschreven en inspanningsgericht proces tot een meer bedrijfsmatig ingestoken en resultaatgericht proces. De zorginkoopfunctie is binnen VGZ aanvankelijk georganiseerd als een 'professionele bureaucratie' in de terminologie van Mintzberg. In de ziekenfondsen van 1989 is de medische adviseur de hoogst opgeleide functionaris die intern veel gezag heeft. Deze professional werkt volledig zelfstandig. De medische adviseur, de econoom en de jurist ontwikkelen zich in de periode 1989 tot 2006 eerst tot een allround Partner in Zorg en vervolgens tot een accountmanager. De zorginkoper van VGZ ontwikkelt zich in de onderzoeksperiode dus ook *zelf* sterk om een inspanningsverplichting om te buigen in de door de organisatie vereiste resultaatgerichtheid. Dit proces verloopt niet gemakkelijk en relatief langzaam. Niet alleen bij de zorgaanbieders maar ook bij de zorginhoudelijke VGZ-medewerkers staat de professionele autonomie hoog aangeschreven. Het citaat 'We zijn toch geen administratieve organisatie?' drukt dit goed uit. Het beschrijven van het zorginkoopproces en het uitdrukken van de te bereiken resultaten in prestatie-indicatoren ontdoet het zorginkoopvak als het ware van zijn mysterie. Het wordt meer transparant. Lange tijd wordt de zorginkoop binnen VGZ gezien als een black box. Vanaf 2004 is zorginkoop 'het onderhandelen over de toegankelijkheid, het volume, de prijs en de kwaliteit van de zorg'.

Aan de ontwikkeling van de resultaatgerichtheid bij de zorginkoop zit nog een aspect, en dat is de overeenkomst zelf. Dit was en is in de onderzoeksperiode de betaaltitel⁷ voor de rechtmatigheid van de zorguitgaven, vanwege het naturastelsel van de ziekenfonds-populatie. Als VGZ hierin resultaatgerichte afspraken wil opnemen en de zorgaanbieder weigert om de overeenkomst te tekenen, dan zijn de uitgaven in principe onrechtmatig. Als het CTZ deze kosten ook als niet-verantwoord bestempelt, mogen deze niet ten laste van de wettelijke middelen van het ziekenfonds worden gebracht. Een zorgverzekeraar moet deze kosten dan zelf dragen. Een moeilijke opdracht vanuit de politiek, die pas sinds 2004 door het CTZ wordt geadresseerd. Een zorgverzekeraar kan sinds 2004

⁷ 'De Ziekenfondswet verplicht zorgverzekeraars een contract aan te gaan met alle afzonderlijke zorgaanbieders die aan een verzekerde zorg verlenen'. Zorgkosten worden door het CZT onrechtmatig verklaard als er geen contract aan ten grondslag ligt. Vanaf 2004 past het CTZ deze regel zeer strikt toe, wat grote financiële consequenties heeft.

onthefing aanvragen voor de contracteerplicht als hij kan aantonen voldoende inspanningen te hebben ondernomen om tot een overeenkomst te komen.

- De organisatorische ontwikkeling van de zorginkoopfunctie.
In hoofdstuk 5 is beschreven dat ook de organisatievorm van de zorginkoop zich heeft ontwikkeld. De sterke regionale oriëntatie die is gebaseerd op de traditionele werkgebieden van de ziekenfondsen wordt geleidelijk vervangen door een landelijke oriëntatie. De regionale aanwezigheid, dicht bij de zorgaanbieder, wordt niet langer noodzakelijk geacht. Het is bovendien efficiënter om de zorginkoop voor bepaalde zorgsoorten te centraliseren, waardoor binnen VGZ kennis en krachten beter gebundeld worden.

Als de waardering door het CTZ als maatstaf wordt genomen (zie tabel 3.15 en tabel 5.5), kan gesteld worden dat de zorginkoopfunctie van VGZ vanaf 2004 'adequaat' reageert op de veranderende omgeving.

Als de waardering door klanten als maatstaf wordt genomen, kan gesteld worden dat hierover nog te weinig informatie bekend is. De verzekerde is niet of nauwelijks geïnformeerd over de resultaten van de zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars. De ervaren kwaliteit van zorg wordt zeker niet gerelateerd aan de inspanningen die de zorgverzekeraar hiervoor heeft ondernomen.

Ontwikkeling van de administratieve functie

De administratieve functie van VGZ heeft zich sterk ontwikkeld onder invloed van de toegenomen technologische mogelijkheden: scannen, externe integratie, diginet et cetera. De discussie over de administratieve functie is binnen VGZ op twee fronten gevoerd.

- Ten eerste: wat is de beste organisatorische vorm voor de administratieve functie? In de onderzoeksperiode zijn twee vormen zichtbaar geweest. Tijdens CONDOR overheerst het idee dat administratief werk niet saai of eentonig mag zijn. Functies en teams krijgen brede taken met veel eigen regelcapaciteit voor mensen, om daarmee het werk interessant te maken, ontwikkelingsmogelijkheden te bieden en de medewerkers-tevredenheid te bevorderen. Na 2002 wordt de administratie ingericht via gespecialiseerde teams (controles, klachten et cetera) om daarmee het organisatiebelang te borgen: het verbeteren van de efficiency en de kwaliteit van de output. De machinebureaucratie werkt voor deze functie het beste als organisatievorm.
- Ten tweede: is de administratie nog steeds de core-business van de VGZ-organisatie of kan deze functie net zo goed of zelfs beter (volledig) buiten de organisatie worden geplaatst? Voor een aantal geïnterviewden is de administratie niet langer het hart van de organisatie maar niet meer dan een hygiënefactor. Anderen benadrukken juist de toegevoegde waarde van de administratie voor VGZ: 'Een goede declaratieverwerking is voor een zorgverzekeraar van groot belang omdat goede spiegelinformatie noodzakelijk is voor zorgkostenbeheersing, premiestelling en productontwikkeling'. De praktijk laat zien dat administratief werk zowel wordt uitbesteed als in het hart van de organisatie staat. Nog altijd vergt het gigantische investeringen in geld en energie om de toegenomen volumes te beheersen en te blijven voldoen aan de (wettelijke) eisen van de omgeving. Een zorgverzekeraar is voor deze functie een zeer groot, gespecialiseerd en vrijwel volledig gedigitaliseerd administratiekantoor geworden en de afhankelijkheid van een goede ICT-structuur is daarbij allesoverheersend. De ICT-kosten stijgen navenant.

De administratieve functie van VGZ heeft adequaat op de veranderende omgeving gereageerd:

- *de waardering door klanten laat een goede voldoende zien, zie tabel 6.9 en 6.10.*
- *De waardering door het CTZ is goed, zie tabel 6.11*

De machinebureaucratie (zoals de administraties van VGZ georganiseerd zijn) is bij uitstek geschikt om de soort maatregelen te verwerken die in de onderzoeksperiode dominant zijn geweest in de omgevingssector van de administratieve functies.

De ultieme test van de administratieve functie is de stelselherziening van 2006. VGZ doet als eerste zorgverzekeraar een aanbod aan haar verzekerden op 8 november 2005. De invoering van Oracle OpenZorg tegelijkertijd met een aanwas van ruim 120.000 verzekerden (label VGZ en IZZ) is een enorme krachtsinspanning. Het aantal mutaties voor de verzekerdenadministratie is vier keer zo hoog als normaal bij een jaarovergang. Er ontstaan dan ook forse achterstanden in de verwerking. De chaos van 1996, ook een zwaar jaar voor de administraties, blijft echter uit. Niemand heeft het in 2006 over een rampjaar.

Professionalisering van de informatiefunctie

Ook de informatiefunctie van VGZ is in de onderzoeksperiode sterk ontwikkeld. De stafafdeling Communicatie, die zich bezig houdt met de interne en externe communicatie, is binnen de VGZ-IZA Groep uitgegroeid tot een directoraat waarin Marketing en Communicatie zijn gebundeld. Er is een 'public affairs' functie ontstaan, Internet is ontwikkeld tot een interactief communicatiekanaal en externe stakeholders worden steeds meer betrokken bij de ontwikkeling van het beleid. Het ontstaan en de ontwikkeling van het directoraat Klantcontacten geeft de professionalisering van de telefonie weer. Zorginkoop ontwikkelt een gidsfunctie in zorgaanbiedersland. Er ontstaat een medisch callcentrum et cetera. Transparantie is bovendien een speerpunt van VGZ.

In de onderzoeksperiode heeft VGZ een vierde functie ontwikkeld: de informatiefunctie.

In de tijd gezien is het beslag op de middelen van de kernfuncties als volgt geweest, zie tabel 6.6.

Beslag op de middelen door de vier functies bij VGZ 1996 – 1999 – 2003 <i>Overzicht beheerskosten 1996, 1999, 2003 (bedragen in euro's)</i>						
	1996	%	1999	%	2003	%
Commerciële Zaken	10.272.223	11,9	11.422.406	11,3	9.726.075	7,3
Zorginkoop	4.761.062	5,5	8.152.866	8,0	12.332.086	9,2
Verzekerdenadministr.	8.929.033	10,3	9.385.710	9,3	13.016.871	9,7
Zorgadministratie	17.572.639	20,3	14.167.329	14,0	16.425.195	12,3
Klantcontacten (2002)	-	-	-	-	9.610.096	7,2
ICT	8.784.277	10,1	20.374.935	20,1	17.863.365	13,4
Overig	36.248.871	41,9	37.950.594	37,4	54.734.362	40,9
Totaal	86.568.106	100	101.453.841	100	133.708.050	100

Tabel 6.6: Beslag op de middelen door de vier functies bij VGZ 1996 – 1999 - 2003.

Bron: Financiële administratie VGZ

Samenwerkingsverbanden, afhankelijke rechtspersonen en gelieerde organisaties

Zorgverzekeraar VGZ neemt in de onderzoeksperiode deel aan diverse samenwerkingsverbanden, zie tabel 6.7. Het doel hiervan is consolidatie en uitbouw van de marktpositie van

VGZ, de ontwikkeling van nieuwe producten op het grensvlak van zorg en sociale zekerheid en verbetering van de bedrijfsvoering.

Samenwerkingsverbanden van VGZ		
Naam	Samenwerking loopt van – tot	Doel
IZA Nederland	1995 – 2006 en verder (ev)	Het samenwerkingsverband met IZA Nederland wordt in 1999 omgezet in een onverbrekelijk samenwerkingsverband, en mondt uit in een fusie tot de VGZ-IZA Groep in 2004. Het doel is het bedienen van de ambtenarenmarkt.
IZR	1998 – 2005	Samen met IZA is een contract gesloten met IZR waarbij de uitvoering van de publiekrechtelijke ziektekostenregeling IZR voor provincieambtenaren, medewerkers van nutsbedrijven, waterschappen en dergelijke, door IZA wordt gedaan (circa 120.000 verzekerden). Het doel is de belangrijkste partij in de ambtenarenmarkt te zijn. Per 1 januari 2005 is de IZR-verzekering overgedragen naar IZA.
IZZ	1978 – 2006 ev	Voor de Stichting IZZ worden onder het IZZ-label de ziekenfonds- en particuliere zorgverzekeringen uitgevoerd voor personeel in de zorgsector. IZZ heeft in 2004 een marktaandeel van 45% in de aangesloten CAO's (ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, in 2004 361.000 verzekerden). IZZ heeft de rol van risicodragers en de uitvoering van de regeling gedelegeerd aan VGZ.
ZRA	1997 – 2006 ev	Met het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers wordt een overeenkomst gesloten om met ingang van 1998 een ziektekostenregeling uit te voeren voor asielzoekers (in 2004 ruim 42.000 verzekerden). VGZ werkt nauw samen met IZA bij de uitvoering van dit contract. In 2003 is het contract voor vier jaar verlengd.
IAK	2000 – 2006 ev	Het Industrieel Administratie Kantoor (IAK) fungeert als intermediair met een volmacht voor verzekeringen van VGZ. Het IAK werkt voor de particuliere zorgverzekeringadministratie met de systemen van VGZ.
Tien voor Kwaliteit	1996 – 2000	Tien organisaties (KLM, KPN, VGZ, ZAO en 6 ziekenhuizen) willen de kwaliteit van dienstverlening verbeteren door van elkaar te leren. Het INK-managementmodel wordt gebruikt als referentiemodel.
Stichting Centraal Fonds RVVZ	1999 – heden	De reserves van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering worden in een periode van 20 jaar besteed aan zorggerelateerde projecten of aan projecten die betrekking hebben op kwaliteitsverbetering van de dienstverlening aan verzekerden. VGZ heeft hiervoor een convenant gesloten met andere zorgverzekeraars. Van het jaarlijks te besteden bedrag komt 25% in een fonds ten behoeve van landelijke projecten.

Samenwerkingsverbanden van VGZ		
Naam	Samenwerking loopt van – tot	Doel
FORTIS/ AMEV	1992 – 2006 ev	Nederlands-Belgisch financieel concern. VGZ werkt samen met AMEV in de consumentenmarkt. Producten zijn een uitvaart-, spaar- en reisverzekering. Voor de zakelijke markt zijn producten voor ziektewet en ARBO ontwikkeld. In 1994 wordt AVIOS opgericht door VGZ, AMEV en BVG, bedoeld om adequate oplossingen te bieden voor ziekteverzuim en verbetering van de arbeidsomstandigheden.
Rantrea	1999 –	Reïntegratiebedrijf van VGZ en PGGM. Doel is zieke werknemers zo effectief mogelijk te reintegreren. Rantrea gaat over in Maetis.
Maetis	1999 – 2006	Fusie van De Twaalf Provinciën en AVIOS Arbodienst. Gezamenlijk eigendom van PGGM (51%) en VGZ (49%) Bedient 36.000 werkgevers met 450.000 werknemers. In 2005 zien PGGM en VGZ geen strategisch voordeel meer: het samenwerkingsverband wordt opgezegd.
TWA Medic Info BV	2000 – 2006 ev	Een joint venture van partijen in de zorg- en verzekeringssector die gezamenlijk via internet hoogwaardige en gecertificeerde medische informatie bieden aan zorgaanbieders en verzekerden/patiënten.
VECOZO	2001 – 2006 ev	VEilige internet COmmunicatie in de ZOrg. VGZ, CZ en OZ leggen met dit samenwerkingsverband de basis voor een systeem voor beveiligde, elektronische communicatie met de zorgaanbieders. Later sluiten meer zorgverzekeraars zich hierbij aan.
IZV	2001 – 2003	Interpolis Zorgverzekeringen, een joint venture van VGZ en Interpolis met als doel een ziektekostenverzekeraar op te richten om de gezamenlijke marktpotentie van beide verzekeraars te toetsten. Deze samenwerking wordt in 2003 gestopt door een heroriëntatie van de Rabobank (100% aandeelhouder van Interpolis).
ABP		Pensioenfonds voor de ambtenarenssector. Samen met IZA en CZ Groep is een contract gesloten waarbij onder het label ABP/Loyalis ziektekostenverzekeringen worden verkocht.
PGGM		Pensioenfonds voor de zorg- en welzijnssector. Doel: het verankeren van de collectiviteit IZZ in de PGGM omgeving om een steviger basis te hebben dan het opzegbare contract; productontwikkeling/dienstverlening op het punt van sociale zekerheid en zorg; PGGM gebruiken als distributiekanaal voor andere segmenten in de zorg- en welzijnssector.

Samenwerkingsverbanden van VGZ		
Naam	Samenwerking loopt van – tot	Doel
Stichting Miletus	2005 – e.v.	Agis, Menzis, Delta Lloyd en VGZ-IZA richten een stichting op met als doel het uitzetten en beheren van vragenlijsten om de klantervaring in de zorg te meten, op basis van de CAHPS-methodiek
ANWB	1993 - 2006 ev	Via een samenwerking met de ANWB kunnen verzekerden met een reisverzekering van IZA, VGZ en IZZ gebruik maken van deze hulporganisatie.

Tabel 6.7: Samenwerkingsverbanden van Zorgverzekeraar VGZ 1989 – 2005.

Bron: jaarverslagen en uitvoeringsverslagen 1994 – 2004

Van inspanningsgericht naar resultaatgericht

Vóór 1999 wordt de organisatie voornamelijk op financiële indicatoren gestuurd. De interne rapportages voor de Raad van Commissarissen, de Ledenraad, de Raad van Bestuur en de directie zijn ook veelal inspanningsgericht geformuleerd, met teksten als 'We zijn van plan', 'We hebben deze activiteit gedaan'.

Vanaf 1999 is de resultaatgerichtheid van de organisatie geleidelijk ontwikkeld (en volgens sommigen de laatste jaren ook wel eens doorgeschoten). De interne rapportages zijn opgebouwd rond de succesbepalende factoren met prestatie-indicatoren die de realisatie van deze succesbepalende factoren meten, zie bijlage 9. Per PI is een norm (het te bereiken doel) vastgesteld. Het bereiken van de norm wordt vastgesteld en eventuele afwijkingen worden geanalyseerd. Waar nodig worden acties geformuleerd om realisatie en norm met elkaar in overeenstemming te brengen. De rapportages bevatten zo naast tekst ook veel cijfermateriaal. De Plan-Do-Check-Act-cirkel wordt waar mogelijk toegepast. Voorbeelden van prestatie-indicatoren in 2005 zijn de volgende, zie tabel 6.8.

Prestatie-indicatoren in 2005	
<p>Resultaatgebied: Waardering door klanten</p> <p>SBF: Marktaandeel en klantloyaliteit PI's: Verzekerdenaantallen Snelheid en kwaliteit van dienstverlening Klanttevredenheid</p>	<p>Resultaatgebied: Waardering door medewerkers</p> <p>SBF: Resultaatgericht inspirerend werkklimaat PI's: Doorstroom Resultaat MTO (2-jaarlijks)</p>
<p>Resultaatgebied: Waardering door leveranciers</p> <p>SBF: Leveranciersloyaliteit PI's: Toegevoegde waarde zorg Wachttijdwinst Contracteringsgraad</p>	<p>Resultaatgebied: Financiële resultaten</p> <p>SBF: Rendement PI's: Resultaat Groep Beleggingsresultaat Zorgkostenbeheersing</p>

Prestatie-indicatoren in 2005	
Resultaatgebied: Waardering door maatschappij SBF: Maatschappelijk ondernemerschap PI's: Voortgang managementletter	Resultaatgebied: Niet-financiële resultaten SBF: Kwaliteit interne bedrijfsvoering PI's: Pinpas Uitvoering SPA/Do Well

Tabel 6.8: Ontwikkeling van de resultaatgerichtheid

Transparantie

Verantwoording afleggen over het beleid en de bereikte resultaten aan externe stakeholders, is voor VGZ een speerpunt geworden. De interne transparantie, die sterk is verbeterd sinds 1999, vertaalt zich sinds 2003 naar het externe jaarverslag, waarin de INK-resultaatgebieden terugkomen. Hierdoor is het jaarverslag, vanaf 2004 via Internet gepubliceerd, sterk uitgebreid ten opzichte van de voorgaande jaren. Voor het verslag Resultaten VGZ-IZA 2005 gebruikt VGZ-IZA de volgende standaarden en richtlijnen: het informatiemodel maatschappelijk verslag van CTZ en CVZ (College voor Zorgverzekeringen), richtlijnen Jaarverslaggeving van de Raad voor de Jaarverslaggeving (RvJ), richtlijnen duurzaamheidsverslaggeving van de RvJ, global Reporting Initiative Richtlijnen, Code Tabaksblad en de Transparantiebenchmark van het ministerie van Economische Zaken.

In de transparantiebenchmark 2005, uitgevoerd door Bureau Berenschot in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken, staat VGZ-IZA op de zeventiende plaats van de 179 onderzochte grootste beursgenoteerde en niet-beursgenoteerde ondernemingen van Nederland. VGZ-IZA krijgt in 2004 47 punten van de maximaal te behalen 100 punten (kanshebber) en in 2005 65 punten (subtopper). Verbeterpunten voor VGZ zijn de stakeholdersdialoog en ketenverantwoordelijkheid en de inbedding van het MVO-beleid in organisatiestructuur en managementsystemen

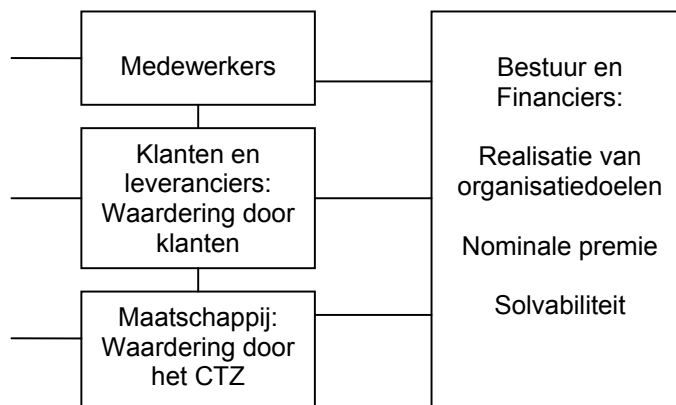
6.3. Resultaten van Zorgverzekeraar VGZ

'Wij kenden twee hulpwerkwoorden: dienen en moeten. Het begrip 'klant' bestond nauwelijks en de klantgerichtheid van de organisatie was matig ontwikkeld. Wel had MZB expliciet het beleid om het aantal verzekerden uit te breiden en de kwaliteit van zorg te bevorderen. Zorgaanbieders werden hard aangepakt.

De competitie met het andere ziekenfonds werd op alle fronten gevoerd. Naamsbekendheid en imago waren de belangrijkste onderscheidende kenmerken. We waren overal bereikbaar en hadden een bus, geschilderd in onze kleuren die we op strategische punten inzetten. We sponsorden sportactiviteiten, namen een nieuw logo, adverteerden wekelijks en zochten regelmatig de pers. Bovendien hielden we als één van de eerste ziekenfondsen tevredenheidsonderzoeken onder onze verzekerden met vragen als: wordt u tijdig geholpen, wordt u snel betaald? Voor baliepersoneel en bodes zijn indertijd opleidingen georganiseerd om de verzekerden wat vriendelijker te bejegenen. Dat was wel nodig. De balies hadden toen nog hoge tralies'.

Directeur MZB over het functioneren van het ziekenfonds in 1986

Deze paragraaf beschrijft kort de resultaten van het gevoerde beleid, geordend naar de resultaatgebieden van het INK-model, zie figuur 6.1. In bijlage 11 zijn enkele kerngegevens van Zorgverzekeraar VGZ samengevat over de periode 1989 tot 2006 (voor zover nog te achterhalen). Deze paragraaf gaat specifiek in op de waardering door klanten en op de waardering door het CTZ. De medewerkertevredenheid blijft zoals gezegd buiten het bereik van dit onderzoek⁸.



Figuur 6.1: De maatstaven voor een 'adequate' reactie op de veranderende omgeving, geordend in de resultaatgebieden van het INK-Managementmodel (zie figuur 3.5)

Waardering door klanten

Verzekerden zijn over het algemeen relatief trouw aan hun zorgverzekeraar (tot 2006). Een klanttevredenheidsonderzoek van Research International laat in 2001 zien dat ziekenfonds-verzekerden gemiddeld 18 jaar klant zijn bij VGZ en particuliere verzekerden 12 jaar. Het merendeel van de ondervraagde klanten (63%) heeft in dat jaar contact met één of meer afdelingen binnen VGZ: ziekenfondsverzekerden gemiddeld 2 keer per jaar en particuliere verzekerden gemiddeld 3 keer per jaar.

VGZ realiseert in klanttevredenheidsonderzoeken in de onderzoeksperiode de volgende resultaten, zie tabel 6.9. Specifiek voor de vier kernfuncties zijn de resultaten weergegeven in tabel 6.10.

Waardering door klanten		
Meting	Waardeoordeel	Bron
1991	6,9	jaarverslag 1993
1993	7,2	jaarverslag 1993
1995	Niet te achterhalen	
1997	7,6	ICMA
1999	7,6	ICMA

⁸ Verschillende auteurs veronderstellen een relatie tussen de medewerkertevredenheid en de klanttevredenheid. Voor zover deze relatie bestaat, wordt deze door de gekozen afbakening van dit onderzoek niet belicht.

Waardering door klanten		
Meting	Waardeoordeel	Bron
2001	7,5	KTO Research International onder drie verzekeraars bij individuele klanten
2003	7,1 7,2	Klantenmonitor KTO Research International onder drie verzekeraars bij individuele klanten
2004	6,9 6,9	Klantenmonitor KTO Research International bij zakelijke klanten
2005	7,4 7,5 6,9	KiesBeter.nl KTO Research International bij individuele klanten KTO Research International bij zakelijke klanten

Tabel 6.9: Waardering door klanten van VGZ, in de onderzoeksperiode 1989 tot 2006

Waardering door individuele klanten van Zorgverzekeraar VGZ				
	1999	2001 (N = 201)	2003 (N = 400)	2005 (N = 400)
Totale indruk		7,5	7,2	7,3
<i>Verkoopfunctie</i>				
Productkeuze: Verzekeringspakket	Onbekend		Niet significant anders dan in 2001	Niet significant anders dan in 2001
Zeer beperkte keuze		4%		
Standaard keuze		24%		
Ruime keuze		60%		
Zeer ruime keuze		13%		
<i>Zorginkoopfunctie</i>				
Over deze functie zijn geen vragen opgenomen in het KTO	---	---	---	---
<i>Administratieve functie</i>				
Notabehandeling: rekeningen indienen; nota-afhandeling; foutloosheid; snelheid van uitbetalen van rekeningen; duidelijkheid van declaratieformulieren	7,7	7,4	7,5	7,6
Administratieve afhandeling: duidelijkheid van de overige papieren; herstellen van fouten; nakomen van afspraken; foutloosheid; snelheid van wijzigen van persoonlijke gegevens	7,3	7,3	7,3	7,4
Machtigingen: procedure bij aanvraag machtiging; snelheid van toekennen van een machtiging; flexibiliteit bij toekennen van een machtiging	6,9	7,2	7,1	7,0
<i>Informatiefunctie</i>				
Communicatie algemeen: Inspelen op ontwikkelingen in de verzekeringsmarkt	7,1	7,0	6,8	6,9

Waardering door individuele klanten van Zorgverzekeraar VGZ				
	1999	2001 (N = 201)	2003 (N = 400)	2005 (N = 400)
communicatie/informatie ogb gezondheid; duidelijkheid aanspreekpunt; motivatie / onderbouwing correspondentie				
Telefonische contacten: manier van beantwoorden van vragen; informatie gedurende wachttijd; snelheid van opnemen; doorverbinden naar de juiste persoon; juistheid van beantwoorden van een vraag; inlevingsvermogen; op de hoogte van de probleemhistorie; contact met de medewerkers; tijdstip van terugbellen	7,4	7,0	6,8	6,9
E-mail contact Gemeten vanaf 2005				6,9
Balie/kantoorcontact: privacy, openingstijden van een kantoor	7,5	7,3	---	---
Klachtenafhandeling: snelheid afhandelen van een klacht; serieus nemen van een klacht; kwaliteit van de oplossing van de klacht	5,6	7,0	4,9	4,9
Waardering door zakelijke klanten van Zorgverzekeraar VGZ				
				(N = 210)
Accountteam/binnendienst				7,1
Accountmanager				7,3
Administratieve afhandeling				6,7
Online systeem				7,1
Communicatie en informatie				6,9
Schriftelijke contacten en correspondentie				6,9
Klachtenafhandeling				6,1

Tabel 6.10: Waardering door individuele en zakelijke klanten van VGZ, in de onderzoeksperiode
Bron: KTO Research International onder drie verzekeraars bij individuele klanten

Waardering door het CTZ

De verschillende toezichthouders beoordelen de prestaties van VGZ jaarlijks. Aanvankelijk controleert de Ziekenfondsraad zelf op de kantoren van de ziekenfondsen. Later baseert het CTZ zich op de verschillende verantwoordingsdocumenten die VGZ aanlevert. Het oordeel van CTZ over de uitvoering van de ziekenfondswet is in de jaren 2000 – 2005 algemeen gestegen en dit geldt ook voor VGZ. Vanaf 2003 geeft het CTZ een eindoordeel, vanaf 2004 wordt dit eindoordeel uitgedrukt in een aantal punten doordat de prestatie-indicatoren van een weging zijn voorzien. VGZ krijgt in 2004 in totaal 47 punten van de maximaal te behalen 50 punten, zie tabel 6.11.

Oordeel van CTZ over VGZ			
	Eind-oordeel	Sterke punten	Verbeterpunten
2003	Goed	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerdenbelangen: klachten, informatieverstrekking en inspraak • Overeenkomsten en contractering • Kwaliteitsafspraken in overeenkomsten • Receptencontrole • Misbruik en oneigenlijk gebruik • Automatisering • Beheerskosten: • Beleggingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Repressieve controles op verzekerdenbestand • Kwaliteit mutatieverwerking verzekerdenadministratie en tijdig uitschrijven van verzekerden • Achterafcontroles en terugvorderingsacties • Materiele controles op daadwerkelijke levering van zorg en managementinformatie
2004	Goed (47:50)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle prestatie-indicatoren scoren goed, m.u.v. ambulancezorg, betalingsorganisatie en opvolging onderzoek 2003, die voldoende scoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Betalingsorganisatie: beheer van zorgverlenersbestanden

Tabel 6.11: Oordeel van CTZ over VGZ, 2003 en 2004

Financiële en niet-financiële resultaten

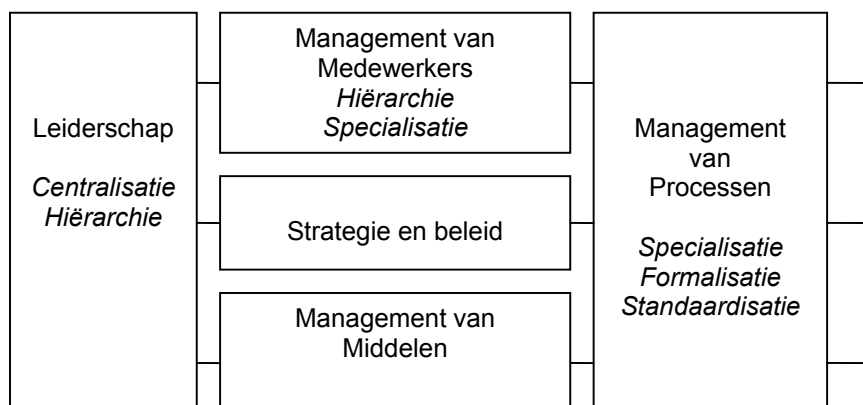
De mate waarin VGZ in de onderzoeksperiode haar organisatiedoelen heeft gerealiseerd is hiervoor belicht. Ook de niet-financiële resultaten zijn in de voorgaande hoofdstukken aan de orde geweest. Voor de financiële resultaten wordt hier verwezen naar bijlage 11. De financiële resultaten van een zorgverzekeraar zijn het resultaat van de inkomsten (premieopbrengsten en beleggingsresultaten) minus de uitgaven (beheerskosten en zorgkosten). Dit resultaat vertaalt zich onder andere in de nominale premie en in de solvabiliteit. In bijlage 11 is de absolute hoogte van de nominale premie opgenomen en de rangorde van de nominale premie ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Deze rangorde is uitgedrukt als 11:17, wat betekent: in 2003 zijn zeventien nominale premies van toepassing en zijn 10 zorgverzekeraars goedkoper dan VGZ, de overige zorgverzekeraars zijn duurder dan VGZ. Hierbij moet opgemerkt worden dat de bandbreedte van de nominale premie in absolute zin in de onderzoeksperiode is toegenomen. In 1998 was de goedkoopste (Zorg en Zekerheid) € 5,45 en de duurste (PRO-Life, Agis groep) € 9,01. In 2004 was de goedkoopste (Anderzorg, Anker) € 17,95 en de duurste (Nuts) € 29,85

Tot zover de bereikte resultaten van Zorgverzekeraar VGZ. De ultieme vraag die nu beantwoord kan worden, of Zorgverzekeraar VGZ adequaat heeft gereageerd op de omgeving, laat de onderzoekster toch graag over aan de lezer. Een absoluut waardeoordeel hierover is niet te geven omdat dat sterk afhankelijk is van het perspectief van waaruit wordt geredeneerd. De overheid kan een ander oordeel hebben dan de toezichthouder, en het VGZ-management kan een ander oordeel hebben dan de VGZ-verzekerde. Op basis van de gekozen maatstaven uit tabel 3.15 (aantal verzekerden, waardering door klanten, waardering door het CTZ, solvabiliteit en nominale premie) kan gesteld worden dat VGZ in 2005 haar organisatiedoelen realiseert. De volgende twee paragrafen analyseren de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ verder aan de hand van de inzichten uit hoofdstuk 2.

6.4. Score op de dimensies van de bureaucratische organisatie

Is VGZ in de onderzoeksperiode nu meer of minder bureaucratisch geworden, in de wetenschappelijke betekenis van het woord? Figuur 1.1 suggereert immers dat schaalvergroting samengaat met toenemende bureaucratie. Deze paragraaf gaat na wat de effecten zijn van de schaalvergroting van VGZ op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie, zie figuur 6.2.



Figuur 6.2: De dimensies van een bureaucratische organisatie, geordend in de organisatiegebieden van het INK-Managementmodel (zie figuur 3.5)

De geïnterviewden stellen desgevraagd dat Zorgverzekeraar VGZ in 2005 op alle dimensies hoger scoort dan in 1989 direct na de fusie, met uitzondering van de hiërarchische dimensie. Tegelijkertijd geeft men aan dat de invulling van deze dimensies sterk is veranderd. Voor de gevalsstudie VGZ is de ontwikkeling op deze dimensies onder andere zichtbaar gemaakt door de samenstelling van het personeelsbestand te analyseren.

Centralisatie en hiërarchie

Centralisatie:

In hoofdstuk 2 is centralisatie gedefinieerd als het niveau van besluitvorming in de organisatie, de mate waarin vanuit één centraal punt de besluitvorming plaatsvindt.

Hiërarchie:

In hoofdstuk 2 is hiërarchie gedefinieerd als het proces van verticale rangschikking, waarbij één of meerdere functies ondergeschikt zijn aan een hogere functie.

In de ziekenfondsorganisaties van vóór de fusie is de besluitvorming sterk gecentraliseerd: de ziekenfondsdirecteur neemt veel, zelfs operationele besluiten, bijvoorbeeld over het al dan niet inschrijven van verzekerden of over het toekennen van coulance. Het aantal manage-

mentlagen in de oorspronkelijke ziekenfondsen varieert van 3 (BAZ) tot 6 (RZEO)⁹, afhankelijk van de grootte van het ziekenfonds. De stijl van leidinggeven is volgens de geïnterviewden vrij traditioneel: de hiërarchische baas is de baas. Er wordt lang niet altijd werkoverleg gevoerd met de medewerkers en de directeur betreft maar een beperkt aantal mensen bij zijn besluitvorming.

Na de fusie in 1989 blijven de regiodirecteuren aanvankelijk veel besluiten zelfstandig nemen, bijvoorbeeld ten aanzien van de organisatiestructuur, de werkwijzen en de inschaling van medewerkers. De matrixstructuur beoogt meer eenheid te brengen in deze besluitvorming en organisatiebreed het een en ander af stemmen. De functionele structuur na 1993 versterkt deze organisatiebrede afstemming maar heeft in de praktijk op de regiokantoren nog (te) weinig gevolgen.

Zoals in paragraaf 4.2 is beschreven brengt de CONDOR-operatie een fundamentele wijziging, zowel in het aantal hiërarchische lagen als in de wijze van besluitvorming. Het aantal hiërarchische lagen wordt bewust teruggebracht naar drie: de Raad van Bestuur, directeur en teammanager. Iets later wordt hier weer een sectormanager tussen geplaatst. In operationele zin worden veel zaken gedecentraliseerd naar lagere niveaus in de organisatie.

Algemeen stellen de geïnterviewden, dat er is sinds 1999 weer meer 'control' is vanuit de RvB en de centrale staven. Er zijn voor het gevoel sterke randvoorwaarden geformuleerd waarbinnen gewerkt moet worden. Denk aan de beleidskaders, de investeringstoets voor programma's en projecten en de concretisering van de te bereiken resultaten in jaarplannen en rapportages. Binnen deze centraal vastgestelde kaders hebben medewerkers echter meer bewegingsruimte en bevoegdheden gekregen. De accountmanagers bij zorg sluiten contracten met zorgaanbieders en de accountmanagers bij commerciële zaken sluiten collectiviteitscontracten. De organisatie wordt steeds sterker op resultaten aangestuurd en ook dat wordt door de geïnterviewden ervaren als meer centrale besluitvorming. Ook het externe toezicht is van invloed: de prestatie-indicatoren waarover verantwoording moet worden afgelegd, worden steeds nauwkeuriger omschreven. De vergelijkingssites van het RIVM, de Consumentenbond, Independer en anderen veroorzaken dat de besluitvorming voor een deel ook buiten de organisatie wordt geplaatst. Wat 'goed' presteren is, wordt steeds meer door de omgeving gedefinieerd.

Tabel 6.12 geeft aan hoeveel hiërarchische lagen er in de jaren zichtbaar waren. De wijze van besluitvorming is veranderd doordat de aard van de hiërarchie is veranderd.

Leiding ten opzichte van medewerkers				
Aantal hiërarchische lagen				
	1990	1996	1999	2003
Commerciële Zaken:				
Aantal hiërarchische lagen	3 tot 6			
Zakelijke markt		2	2	2
Consumentenmarkt		3	3	3
Zorginkoop:				
Aantal hiërarchische lagen	Opm.	3	3	3
Functionele aansturing	0	(1)	(1)	0

⁹ Bij het Ziekenfonds Midden Brabant (indertijd de helft van de nieuwe gefuseerde VGZ-organisatie) bestonden de volgende hiërarchische niveaus: de Algemeen Directeur Regiokantoor Midden Brabant, (extern gericht), de Directeur (Intern voor de operatie), een Adjunct directeur voor de sectoren (bijv. verkoop, financiën), een Afdelingshoofd (voor een onderdeel binnen een sector), een Teammanager (verantwoordelijk voor een team), een subhoofd en tot slot de medewerker.

Leiding ten opzichte van medewerkers Aantal hiërarchische lagen				
	1990	1996	1999	2003
Administratie: Aantal hiërarchische lagen	Opm.	4	3	4
Klantcontacten: Aantal hiërarchische lagen	Nb	Nb	Nb	3

Nb: Niet (zelfstandig) bestaand als organisatieonderdeel

Opm: Verschillend per regiokantoor

Tabel 6.12: Leiding ten opzichte van medewerkers, aantal hiërarchische lagen.

De stijl van leidinggeven is in 2005 dus sterk gewijzigd ten opzichte van 1989. Op diverse plaatsen in de organisatie zijn adhocistische elementen ingebouwd. Zowel het aantal mensen dat bij de besluitvorming wordt betrokken als de informatie die hierbij wordt gebruikt is sterk uitgebreid. Op zich is dit ook een indicatie dat de omgeving als meer complex wordt ervaren. De beleidskaders worden ontwikkeld met behulp van meerdere niveaus en disciplines. De jaarplannen komen tot stand via een uitgebreide overlegstructuur waaraan behalve het hogere management ook planning- en controlmedewerkers, de financiële administratie, opleidingsfunctionarissen en externe (ICT-) adviseurs hun bijdrage leveren. De informatie die wordt benut bij de besluitvorming wordt gestructureerd en uitgebreid, zoals een omgevingsanalyse (SWOT-analyse), de resultaten van KTO's en MTO's, specifieke (benchmark-) onderzoeken, investeringsanalyses, enzovoort. Er wordt ook steeds meer in programma's en projecten gewerkt. De programma- en projectleiding liggen in dat geval buiten de benoemde leidinggevende niveaus die natuurlijk wel de verantwoordelijkheid behouden. Ook (functionele) 'netwerken' worden steeds meer ingezet om thema's te behandelen of zaken te coördineren. Denk aan het ontwikkelen van een nieuwe functie (via een P&C Netwerk), het vorm geven aan maatschappelijk verantwoord ondernemen, het coördineren van markt- en klant-onderzoeken, het opstellen van het jaarbericht, het vormgeven van de jaarplannen et cetera. De kennishiërarchie die door een aantal auteurs wordt gepropageerd (zie hoofdstuk 2), is op deze manier binnen VGZ duidelijk zichtbaar. Het zijn flexibele samenwerkingsverbanden die buiten de vaste hiërarchische overlegstructuren veel zaken voorbereiden of uitvoeren.

Per saldo zijn er op 31 december 2005 weer 5 managementlagen zichtbaar bij de RVE VGZ: de Raad van Bestuur, de voorzitter van een RVE, de directeur, de clustermanagers en teamleiders. De extra laag van RVE-voorzitter is veroorzaakt door de fusie met IZA (de vorming van resultaat verantwoordelijke eenheden) en door de wenselijkheid van een bestuur op afstand¹⁰. De laag van clustermanagers is veroorzaakt door het werken in kleinere teams. Veel teams en individuele medewerkers regelen nu hun planning en werkverdeling meer zelfstandig.

¹⁰ Het jaarverslag 2004 meldt dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor de afstemming tussen organisatieonderdelen en stuurt op resultaten en kwaliteit.

Specialisatie

Specialisatie:

In hoofdstuk 2 is specialisatie gedefinieerd als de begrenzing van taken op basis van kennis- en efficiency- overwegingen.

De specialisatie binnen VGZ is in de onderzoeksperiode onmiskenbaar toegenomen. Dit is zichtbaar in het ontstaan van nieuwe organisatieonderdelen, in het ontstaan van nieuwe functies binnen bestaande organisatieonderdelen, in de ontwikkeling van nieuwe kenniscomponenten en van nieuwe competenties.

Specialisatie door de ontwikkeling van nieuwe organisatieonderdelen

'Bij de ziekenfondsen van voor 1989 is specialisatie zichtbaar in de gescheiden administraties voor ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden. Ook een taak als 'rechtsgrond' was bijvoorbeeld bij het ziekenfonds Midden Brabant apart georganiseerd. De kernfuncties (verkoop, zorg-inkoop, administratie en de informatiefunctie) waren minder sterk gescheiden en een functie als 'facilitair beheer' omvatte taken op het gebied van facilitair beheer, financiën, personeelszorg én communicatie. Taken die vanaf 1993 in aparte afdelingen en directoraten worden ondergebracht'. 'Na de fusie werden HR en de Accountantsdienst centraal in Nijmegen gepositioneerd. In 1994 werd een afdeling Communicatie afgesplitst vanuit HR, waar één medewerker bezig was met een personeelsblad. In 1995 werd een hoofd Communicatie benoemd'. 'De HR-functie ontwikkelt vervolgens personeelsfunctionarissen die weer decentraal worden gelokaliseerd, hiërarchisch aangestuurd door HR op het hoofdkantoor'. 'In 1999 ontstaat een afdeling Planning en Control met decentrale planning- en controlmedewerkers, die hiërarchisch worden aangestuurd door een directeur en functioneel door de centrale P&C-afdeling'. 'Juridische Zaken zat eerst alleen in Nijmegen, in 2003 zitten ook juristen bij de afdeling Verhaal bij ZGA'.

De organisatiestructuur van VGZ is in 2005 uitgebreider en daarmee ook meer gespecialiseerd dan in 1989. Er zijn verschillende nieuwe organisatieonderdelen ontstaan, zie tabel 6.13. Het ontstaan van nieuwe organisatieonderdelen wil niet altijd zeggen dat deze taken voorheen niet werden uitgevoerd, maar wel dat de organisatie meer investeert in de uitvoering van deze taken: zich meer specialiseert in deze taken. Voorbeelden zijn het loswaken van organisatieonderdelen, zoals de splitsing van de directoraten Verzekeringen, Zorg en Bedrijfsvoering in 1996, het ontstaan van het Zorgkantoor (1998) en de afsplitsing van het directoraat Klantcontacten in 2001. De nieuwe aansturing en werkprocessen die als gevolg hiervan ontstaan veroorzaken een hogere mate van specialisatie. Nog duidelijker is dit bij het ontstaan van geheel nieuwe organisatie-onderdelen: de afdeling Wachtlijstbemiddeling, een stafafdeling Innovatie (1999), Planning en Control (1999), Business Ondersteuning (BO vanaf 2004), de Engineeringsafdelingen daar waar deze nog niet bestonden en een Bedrijfsgezondheidsdienst.

De conclusie die hieruit te trekken valt, is dat de specialisatie vanaf CONDOR alleen maar en overall in de organisatie is toegenomen. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te voeren:

- de organisatie is in de onderzoeksperiode qua omvang toegenomen door de groei van het aantal verzekerden en het aantal medewerkers. De hypothese van Mintzberg die aangeeft dat een toegenomen organisatieomvang leidt tot een meer gespecialiseerde, gedifferentieerde structuur en een meer ontwikkelde bestuurlijke component, is bij VGZ duidelijk aantoonbaar;

- De omgeving stelt in 2005 meer en andere eisen aan het functioneren van een zorgverzekeraar, zoals in hoofdstuk 3 is aangetoond. VGZ heeft in antwoord hierop nieuwe organisatieonderdelen en functies in het leven geroepen;
- De omgeving stelt in 2005 ten aanzien van bestaande taken ook hogere eisen. Ook hierop heeft VGZ gereageerd met het inrichten van nieuwe organisatieonderdelen en functies: planning en control, klantcontacten, uitbreiding van de functie zorginkoop;
- De ontwikkeling van de informatie- en communicatie technologie heeft geleid tot het outsourcen van taken en tot vergaande specialisatie binnen de ICT-functie en ondersteunende diensten zoals engineeringafdelingen.

De ontwikkeling van organisatieonderdelen binnen VGZ				
	1990	1996	1999	2003
	Fte Vast en tijdelijk	Fte Vast en tijdelijk	Fte Vast en tijdelijk	Fte Vast en tijdelijk
Bron:	Soc. jvs 1990	Soc.jvs 1997	Soc.jvs 1999	Jaarvs 2004
		Directoraat Verzekeringen		
Commerciële Zaken		233,6	228,8	161,8
Verzekerdenadministratie		206,5	272,5	348,3
Debiteurenadministratie		53,0		
Klantcontacten (2001)	Geïntegreerd	Geïntegreerd	Geïntegreerd	252,6
		Directoraat Zorg		
Zorgadministratie		531,7	379,0	378,8
Zorg Incl. zorgbemiddeling Incl. zorgkantoor (1998)		80,0	165,7	225,6 (43,1) (74,6)
Pinpas	Nb	Nb	Nb	4,9
		Directoraat Bedrijfsvoering		
Financ. en Administratie		44,2	124,2	147,8
Facilitair Beheer		96,3		
Informatica		76,9	117,2	122,4
	Stafafdelingen:			
Planning en Control (1999, ook decentraal fte)	Nb	Nb	2	6,7
Accountantsdienst		21,6	16,4	25,4
Innovatie (1999)	Nb	Nb	5	14,5
Communicatie		4,9	5	8,0
Human Resources Incl. Bedrijfsgezondh.dienst	Nb	31,9 Nb	37,0 Nb	45,9
RvB en staf		13,5	9,6	21,2
			(totaal 67,8)	(totaal 121,7)
Totaal FTE	1.330	1394,1	1355,2*	1763,9

Tabel 6.13: De ontwikkeling van nieuwe organisatieonderdelen binnen VGZ in de onderzoeksperiode
Nb: Niet (zelfstandig) bestaand als organisatieonderdeel. * Afrondingsverschil door verschillende meetmomenten

Specialisatie door de ontwikkeling van nieuwe functies

De toegenomen specialisatie is ook zichtbaar in de ontwikkeling van de functies die medewerkers bekleden. Bij de ziekenfondsen bestonden veel verschillende functiebenamingen voor functies met grotendeels dezelfde functie-inhoud. CONDOR heeft het aantal functiebeschrijvingen drastisch teruggebracht: de bureaucratie werd opgeschoond. In 1996 worden in het personeelsbestand 105 verschillende functiebenamingen geteld, die ook echt onderling verschillend zijn. In 1999 zijn dit er al 164 en in 2003 zijn dit er 174. Tabel 6.14 laat zien welke functies echt nieuw te noemen zijn.

Nieuwe functiebenamingen in de onderzoeksperiode		
Functie	Organisatieonderdeel	Ontstaan sinds ¹¹
Procesbegeleiders	VA, ZGA, KC	1996
Engineeringfuncties	Alle directoraten en afdelingen	1996
Claimbehandelaar	CZ	1999
Care coördinator	CZ	1999
Stafmedewerker Special Accounts	CZ	1999
Medewerker externe contacten	Debiteurenadm.	
Medewerker externe integratie	VA, ZGA	1999
Medewerker juridische ondersteuning	ZGA	1999
Medewerker Helpdesk	Alle directoraten en afdelingen	1999
Zorgbemiddelaar	Zorg	1999
Medewerker kwaliteitszorg	IS	1999
Medewerker ondersteuning werkplek	IS	1999
Medewerker R&D	IS	1999
Treasurer	F&A	1999
Ambtelijk secretaris OR	HR	1999
Coörd. Implementatie calamiteitenbestrijding	HR	1999
Centrale en decentrale planning en controlmedewerker Medewerker managementinformatie	Alle directoraten en afdelingen	1999
Functies t.b.v. programma's en projecten	Alle directoraten en afdelingen	1999
Trainee, stagiaire	Alle directoraten en afdelingen	1999
Arbo coördinator	BGD	2003
Bedrijfsarts	BGD	2003
TWA consultant	BD&I	2003
Coördinator	Alle directoraten en afdelingen	2003
Manager Beleggingen	F&A	2003
Informatiemanager	CZ	2003
Medewerker vordering en correcties	ZGA	2003
Medewerker Data-analyse	ZGA	2003

¹¹ Dit jaartal is niet exact aan te geven. Omdat voor dit overzicht de personeelsbestanden zijn gebruikt, wordt het jaartal aangegeven waarin deze functie voor het eerst zichtbaar is. Nieuwe functiebenamingen als gevolg van de fusie met IZA zijn hier niet meer meegenomen.

Nieuwe functiebenamingen in de onderzoeksperiode		
Functie	Organisatieonderdeel	Ontstaan sinds ¹¹
Medewerker PostVerwerkingsteam	ZGA	2003
Medewerker Service Unit	VA,ZGA	2003
Medewerker (elektronische) klantcontacten	KC	2003
Manager/ Medewerker kwaliteit en opleidingen KC	KC	2003
Resource Planner / Traffic Manager	KC	2003
Security Officer ICT	IS	2003
Hoofd Public Affairs	BO	2004

Tabel 6.14: De ontwikkeling van nieuwe functies binnen VGZ in de onderzoeksperiode

Specialisatie door de ontwikkeling van nieuwe kenniscomponenten

Begin jaren negentig zit veel specialistische kennis bij de koepelorganisaties VNZ en KLOZ, door de relatief kleine schaal van de ziekenfondsen. Ten opzichte van die situatie heeft VGZ in 2005 verschillende taken geïnternaliseerd, zie tabel 6.15.

Nieuwe kenniscomponenten in de onderzoeksperiode	
Verkoopfunctie	Kennis van de markt en concurrentieanalyses, productontwikkeling (zorg, welzijn en sociale zaken) Ontwikkeling van labels (horizontale collectiviteiten), doelgroepenbeleid, nieuwe distributiekanaalen (waaronder Internet)
Zorginkoopfunctie	Nieuwe manieren van overeenkomsten sluiten: DBC's, kwaliteitsparagraaf, aanbestedingsprocedures, zorginkoopcombinaties, Onderhandelings technieken Kennis van ontwikkelingen in de zorg en van kwaliteitssystemen in de zorg
Administratiefunctie	Kennis van externe integratie, risico-analyses
Informatieve functie	Kennis van (interactieve) informatie-overdracht, zie Internetsites etc.
Algemeen	Premiecalculatie, Financiële benchmark, Beleggingenbeleid, Verantwoordingsrapportages, Markt- en klanttevredenheidsonderzoek, Kennis van programma- en projectbesturing, Opleidingstaken

Tabel 6.15: De ontwikkeling van nieuwe kenniscomponenten

De ontwikkeling van nieuwe competenties

Tot slot is de toegenomen specialisatie zichtbaar in de wijze waarop functies inhoudelijk worden gewaardeerd. Welke competenties moeten bijvoorbeeld administratief medewerkers hebben in 2005 en welke competenties waren relevant voor een administratief medewerker in

1996? Welke competenties moet een medewerker Klantcontacten hebben in 2005 ten opzichte van een medewerker gegevensverwerking en contacten in 1996? Zie tabel 6.16.

Vaardigheden in 1996	Functiegerelateerde gedragscompetenties in 2005
<p><i>Medewerker gegevensverwerking:</i></p> <p>Werken in teamverband</p>	<p><i>Administratief medewerker (VA en ZGA):</i></p> <p>Organiseren eigen werk, Mondelinge communicatie, Inzet, Ambitie, Zelfontwikkeling, Discipline, Kwaliteitsgerichtheid</p>
<p><i>Medewerker gegevensverwerking en contacten:</i></p> <p>Effectief relatiebeheer, Klantgericht corresponderen, Professioneel telefoneren, Werken in teamverband</p>	<p><i>Medewerker klantcontacten:</i></p> <p>Probleemanalyse, Mondelinge communicatie, Luisteren, Sensitiviteit, Overtuigingskracht, Impact, Stressbestendigheid, Inzet</p>

Tabel 6.16: De ontwikkeling van competenties

Formalisatie en standaardisatie

Formalisatie:

In hoofdstuk 2 is formalisatie gedefinieerd als de mate van het schriftelijk vastleggen van handelingen, beslissingen en regels.

Standaardisatie:

In hoofdstuk 2 is standaardisatie gedefinieerd als de routinematigheid van de werkwijze door middel van regels.

De formalisatie en standaardisatie zijn in de onderzoeksperiode sterk toegenomen. De belangrijkste oorzaak hiervan zijn de ICT-ontwikkelingen van de laatste twee decennia. De uitvoerende processen zijn vrijwel volledig geautomatiseerd. De infocratie van Zuurmond (1994) is ook van toepassing op zorgverzekeraars.

'In 1981 had MZB (Maatschappij Ziekenfonds Bergen op Zoom) geen werkinstructies. Door de intrede van de automatisering werd hiermee een begin gemaakt'. 'Vanaf 1982 wordt in functiebeschrijvingen vastgelegd wie wat moet doen en wie waarvoor verantwoordelijk is. Deze functiebeschrijving is de basis voor de functiewaardering en dit leidt tot toenemende formalisatie'. 'Begin jaren '80 van de vorige eeuw wordt een begin gemaakt met externe integratie (de start van tapefacturering met ziekenhuizen). De relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar wordt hierdoor geprotocolleerd, waardoor de formalisatie en de standaardisatie toeneemt. De introductie van het SOFI-nummer maakt hetzelfde mogelijk voor de verzekerdenadministratie'. Door het koppelen van externe gegevensbestanden met eigen bestanden neemt de geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen verschillende organisaties een enorme vlucht. De (potentiële) klanten worden via een interactief Internet steeds meer in de (administratieve) processen betrokken doordat zij zelf gegevens gaan muteren, de status van verwerking van declaraties kunnen opvragen, in klantenpanels participeren et cetera. Het eind van deze ontwikkeling is nog niet in zicht.

De ontwikkeling van de Beleids- en Uitvoeringscyclus (BUC) in 1999 leidt er toe dat ook de besturende en ondersteunende processen van VGZ worden geformaliseerd, zoals in hoofdstuk 4 is beschreven. 'De nieuwe leiding wenst bovendien meer beheersing van de bedrijfsprocessen, waardoor intern de budgettering van de beheerskosten wordt ingevoerd'. Andere oorzaken van de toegenomen formalisatie en standaardisatie zijn de ontwikkeling wet- en regelgeving, de verantwoordingseisen van het externe en interne toezicht, de omvang van de organisatie en het feit dat medewerkers nu kortere dienstverbanden hebben dan voorheen: de organisatie moet meer vast gaan leggen om kennis vast te houden en over te dragen. De maatschappelijke tendens om meer te formaliseren, standaardiseren en kwantificeren is overal zichtbaar:

Standaardisatie van de input:	externe en interne budgettering, digitaal verstrekkingenboek et cetera;
Standaardisatie van vaardigheden:	competentieprofielen en beoordelingssystemen, scripting, frequently asked questions (FAQ's) et cetera;
Standaardisatie van de output:	werken met prestatie-indicatoren, externe verantwoording via het maatschappelijk verslag et cetera.

VGZ is in de wetenschappelijke betekenis van het woord meer bureaucratisch geworden in de onderzoeksperiode: de organisatie scoort in 2005 vooral op de dimensies specialisatie, formalisatie en standaardisatie hoger dan in 1989. Van de dimensies 'centralisatie' en 'hiërarchie' kan dit niet gezegd worden. Deze dimensies hebben in 2005 vooral een geheel andere invulling gekregen ten opzichte van 1989.

6.5. De ontwikkeling van de klantgerichtheid

Deze gevalsstudie eindigt met een analyse van de klantgerichtheid van VGZ. Is VGZ door de schaalvergroting meer of minder bureaucratisch geworden, in de populaire betekenis van het woord? Heeft de klant voor VGZ in de onderzoeksperiode 1989 tot 2006 gefunctioneerd als een belangrijke contingentiefactor? Deze vragen worden vanuit twee bronnen beantwoord: vanuit de klant en vanuit de organisatie.

Bureaucratisch in de ogen van de klant

De waardering door de klant is in paragraaf 6.3 toegelicht, zie tabel 6.9 en tabel 6.10.

Zorgverzekeraar VGZ is in de ogen van de klant niet bovenmatig bureaucratisch. Afgaand op de gepresenteerde resultaten in paragraaf 6.3 kan men de tevredenheid van VGZ-verzekerden goed noemen. VGZ is echter niet 'best-in class' op dit gebied.

Niet alle aspecten van tabel 3.12 zijn opgenomen in een KTO. Het is onduidelijk of dit bewust beleid is.

De zorgvragende verzekerde komt niet aan bod in het onderzoek van Research International, zie de aspecten van tabel 3.13. Tot 2004 heeft VGZ ook geen aanvullend onderzoek naar de waardering van zorgvragende verzekerden uit laten voeren.

KiesBeter.nl heeft in 2005 wel informatie opgenomen over de tevredenheid van (zorgvragende) verzekerden over de zorgaanbieders. De tevredenheid van verzekerden is echter bij alle zorgverzekeraars nagenoeg gelijk, zie tabel 8.7. De zorginkoopfunctie kan zich in de ogen van de klant nog niet onderscheiden in de markt.

De tevredenheid van verzekerden over de bevraagde aspecten (producten, prijs en dienstverlening) heeft niet altijd een duidelijke relatie met het feitelijk presteren van zorgverzekeraar VGZ of met het feitelijke gedrag van verzekerden.

Hier wordt in hoofdstuk 8 op teruggekomen.

Bureaucratisch in de ogen van de organisatie: de ontwikkeling van de klantgerichtheid

Deze paragraaf beantwoordt de bovenstaande vragen ook vanuit het perspectief van de organisatie. Allereerst telt hier de mening van de geïnterviewden. Zij hebben elk een eigen beeld van de invloed van de klant op de beleidsbeslissingen van VGZ.

De klant van VGZ wordt mondiger

De geïnterviewden geven aan dat de klant in de onderzoeksperiode veel mondiger is geworden en daarbij ook kritischer. Dit is onder andere zichtbaar in de ontwikkeling van het aantal contacten, zie tabel 6.17. Duidelijk is dat de klant vooral via Internet steeds meer contact zoekt met VGZ. Contact waarop ook gereageerd moet worden.

Ontwikkeling van het aantal contacten van klanten met VGZ				
Contacten	2001	2002	2003	2004
Aantal telefoontjes	2.367.683		1.921.087	2.300.000
Beantwoordingspercentage	86%	Onbekend	88%	78%
Website bezoekers		Onbekend	703.514	885.443
E-mail verzoeken	21.443	Onbekend	77.364	117.055
Bezoeken aan verzekeringswinkel	416.805	Onbekend	296.000	309.949
Totaal aantal contacten	2.805.931	Onbekend	2.997.965	3.612.447
Aantal contacten per 1.000 verzekerden	1534	Onbekend	1448	1669

Tabel 6.17: Ontwikkeling van het aantal contacten van klanten met VGZ. Bron: Uitvoeringsverslagen 2001-2004

Het aantal medewerkers dat direct klantcontact heeft, neemt in de onderzoeksperiode af van 5,87 fte per 10.000 verzekerden naar 5,03 fte per 10.000 verzekerden. Dit laatste getal is daarbij sterk geflatteerd, omdat ook de backofficefuncties (VA en ZGA) hier nog in meegenomen zijn, terwijl die strikt genomen geen direct contact meer hebben met verzekerden.

Dat de klant ook veeleisender is geworden, blijkt uit onderstaande citaten:

'Het tijdig betalen is voor ZGA de belangrijkste prestatie-indicator voor de klanttevredenheid. Vóór 1990 werd bij het Ziekenfonds Zuid-Limburg in Maastricht (ZZL) één maal per maand een batch gedraaid via het computercentrum in Heerlen. Dit leverde tevreden klanten op. In de periode 1996-1999 is via GO en GOAL bereikt dat VGZ binnen 14 werkdagen betaalde. Sinds 2001 wordt het werk at random verdeeld om de werkvoorraden egalier over de teams te verdelen. Bovendien is in deze periode steeds formatie ingeleverd. ZGA betaalt nu binnen 14 kalenderdagen (weekenden en feestdagen dus meegerekend) en de klant is kritischer dan voorheen'.

Er zijn regelmatig conflicten met verzekerden over vergoedingen. De meest voorkomende bezwaren in 2004 zijn: ooglidcorrectie (11%); vervoer (10%); buikwandcorrectie (7%); borstcorrectie (5%); geneesmiddel Plavix (4%).

Landelijk wordt dit beeld bevestigd: 'Meer conflicten over medische vergoeding' (NRC, 4 maart 2005): 'Het aantal conflicten tussen ziekenfondsen en hun verzekerden over de vergoeding van medische zorg heeft het afgelopen jaar een recordhoogte bereikt. Het College voor zorgverzekeringen behandelt in 2004 7.466 verstrekkingengeschillen. (In 2003: 5.433 geschillen, in 1999: 3.014 geschillen)'.

De klant als contingentiefactor

De geïnterviewden zijn unaniem en kort over de vraag of de klant als contingentiefactor relevant is geweest: tot 2000 heeft de klant als contingentiefactor niet of nauwelijks effect gehad op het functioneren van VGZ. De toegenomen financiële verantwoordelijkheid is dominant geweest voor de organisatieontwikkeling tot die tijd. Men onderkent dat vanaf 1999 (MVS) de (individuele en de collectieve) klant voor VGZ steeds belangrijker wordt. Eind 2005 blijkt hoe belangrijk de collectiviteit als klant is. Niet alleen de bij de collectiviteit aangesloten verzekerden, maar de beslisser binnen de collectiviteit maakt de keuze voor een zorgverzekeraar. Deze 'decision making unit', de directeur of een hoofd personeelszaken of een onderhandelingssteam, laat daarbij andere kwaliteitsaspecten meewegen dan de individuele verzekerde, zoals in hoofdstuk 3 geformuleerd.

'De toegenomen financiële verantwoordelijkheid is de belangrijkste externe drijfveer geweest voor VGZ om te veranderen'. 'Het loslaten van de werkgebieden en daarmee het ontstaan van concurrentie is de tweede belangrijke factor. De klant is als contingentiefactor minder belangrijk'. 'De organisatieontwikkeling is meer door financiële prikkels beïnvloed dan door klantgerichtheid'. 'CONDOR bracht wel het idee om van buiten naar binnen te kijken, maar er is geen klant betrokken bij de organisatieontwikkeling of bij het beleid van VGZ in die tijd'. 'Pas na 2000 ontstaat bij VGZ een bewustwordingsproces, wie is onze klant?' 'Het werd in 1999 als een schok ervaren dat collectiviteiten gespecificeerde eisen ten aanzien van de dienstverlening overlegden waarop VGZ een offerte kon maken'.

Hierna wordt per organisatiegebied van het INK-managementmodel aangegeven welke acties VGZ in de onderzoeksperiode heeft genomen om de klantgerichtheid van de organisatie in de onderzoeksperiode te verbeteren.

Leiderschap, strategie en beleid

De klant komt vanaf 1989 expliciet voor in het beleid van VGZ, maar 'klantgerichtheid wordt begin jaren negentig met de mond beleden. De klant is geen onderwerp van gesprek'. In de onderzoeksperiode zijn de volgende maatregelen genomen om de klantgerichtheid van de organisatie te vergroten:

De aansturing van de organisatie is geprofessionaliseerd door de ontwikkeling van een beleids- en uitvoeringscyclus op basis van het INK-managementmodel en technieken van de balanced scorecard. In het visiedocument van VGZ zijn vanaf 1999 voor alle resultaatgebieden succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren ontwikkeld die de klantwensen verwoorden. Hierop wordt de organisatie intern aangestuurd.

Voorbeelden van prestatie-indicatoren zijn onder andere:

Verkoopfunctie
Zorginkoopfunctie

Afhandelingstermijnen: Offertes en Informatieverzoeken
Zorg binnen de Treek-normen, Wachtijdwinst door zorgbemiddeling

Administratiefunctie	Polis in 1 keer goed, Verwerkingstijd polismutaties, Foutpercentage, Doorlooptijd declaraties, Doorlooptijd machtigingen
Informatiefunctie	Telefonie: beantwoordingspercentage servicelevel (% opgenomen in 20 seconden), Kwaliteit (5 A's)
Algemeen	Klanttevredenheid, Klachtenafhandeling

De directeuren worden beoordeeld op basis van een managementcontract, waarin de te bereiken resultaten van enig jaar zijn opgenomen. Deze resultaten hebben betrekking op de realisatie van het groepsjaarplan, het directoraatsjaarplan en persoonlijke ambities. De waardering van de medewerkers en de waardering van de klanten tellen mee in deze beoordeling.

Het verkoopbeleid laat een ontwikkeling van de klantsegmentatie zien.

Direct na de fusie in 1989 is het onderscheid ziekenfondsverzekerde, particuliere verzekerde erg belangrijk vanwege de verschillende financiering. Ook de indeling naar regio (de VGZ verzekerde in de regio Eindhoven, de VGZ verzekerde in de regio Maastricht, etcetera) wordt gehanteerd. Het Strategisch Marketing Plan maakt het onderscheid individuele verzekerden versus collectief verzekerden. De invoering van het DVS-systeem in 1996 bewerkstelligt dat ZGA de traditionele regio-indeling loslaat en alleen nog 'de VGZ verzekerde' kent. De invoering van het VISZ-systeem bij de Verzekerdenadministratie in 1997 maakt het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden minder relevant. In het missie-visie-strategie traject van 1999 wordt de klantsegmentatie meer gedetailleerd door de ontwikkeling van het Verkoopbeleidskader. De ziekenfonds – particuliere segmentatie of de regio-indeling domineert niet langer, maar de wijze van benadering (zakelijke markt – consumentenmarkt) en de specifieke kenmerken van onderscheiden sectoren: ambtenaren, de zorgsector, de MKB-sector, Jongeren en de labelverzekerden (IZZ, SIZ, Loyalis).

De zorgaanbieder wordt tussen 1994 en 1999 in toenemende mate als klant gezien. Vanaf 1999/2000 wordt de zorgaanbieder weer de leverancier van zorg. De klant van het directoraat Zorg is de zorgvragende verzekerde. Dit is een duidelijke omslag in het denken voor de zorginkoopfunctie.

Klanten worden betrokken bij het vaststellen van beleid, via de Ledenraad, de Raden van Advies en structurele contacten met patiënten- en consumentenorganisaties.

De structuur van de Ledenraad en de Raden van Advies is een borging dat de klant het VGZ-beleid beïnvloedt. Zorgverzekeraar VGZ heeft een grote Ledenraad. 'De manier waarop VGZ met deze Ledenraad omgaat, is in de loop van de tijd steeds consciëntieuzer geworden'. 'De Ledenraad heeft wezenlijke invloed op het beleid van VGZ'. 'Dit orgaan gedraagt zich als vertegenwoordiger van de verzekerden. De Raad van Bestuur houdt in het te voeren beleid rekening met de verantwoording die zij hierover moet afleggen in de Ledenraad'.

Medewerkers worden betrokken bij het formuleren van beleid.

De beleidskaders en jaarplannen worden opgesteld met medewerkers van verschillende disciplines en niveaus.

De leiding onderhoudt zelf contacten met collectiviteiten en ATP'en in specifiek daarvoor georganiseerde bijeenkomsten (De Tussenkamer, de Spreekkamer), op uitnodiging bij evenementen of door een bezoek te brengen aan bedrijven.

De klanttevredenheid wordt structureel gemeten.

De zes fuserende ziekenfondsen van vóór 1989 waren op enkele uitzonderingen na, niet gewend om veel metingen te verrichten naar de klanttevredenheid. De monopoliepositie maakte dit niet echt noodzakelijk en de contacten met klanten waren volgens de geïnterviewden ook persoonlijker. Mensen

liepen even langs om nota's in te dienen en mutaties door te geven. 'De klantgerichtheid van de ziekenfondsen was heel verschillend, het verschil in levertijden bijvoorbeeld was enorm'.

VGZ-verzekerden worden sinds 1991 tweejaarlijks geraadpleegd door middel van een Klanttevredenheidsonderzoek. De RVE VGZ gaat vanaf 2005 ook tussentijds de klanttevredenheid meten (event-monitor). Klanten die een klacht hebben ingediend worden bijvoorbeeld teruggebeld om te horen of hun klacht naar hun mening serieus is genomen door VGZ.

Een analyse van de KTO's leert dat de top-tien van de belangrijkste tevredenheidsaspecten de volgende zijn, zie tabel 6.18.

Vanaf 2006 richt VGZ een klantenpanel in (bestaande uit 11.000 leden), dat jaarlijks een aantal malen voor specifieke onderzoeken wordt benaderd.

De VGZ-IZA-Trias groep kent een netwerk voor markt- en klantonderzoeken, waarin de verschillende KTO's worden gecoördineerd.

VGZ legt verantwoording af over het gevoerde beleid in het jaarbericht.

Transparantie over het eigen handelen is sinds 2001 een speerpunt van VGZ, zie de resultaten van de transparantiebenchmark in paragraaf 6.3.

Top-10 van belangrijkste tevredenheidsaspecten volgens verzekerden			
Tevredenheidsaspect	Belang totaal	Belang volgens particuliere verzekerde	Belang volgens ziekenfonds-verzekerde
Productkeuze	1	1	1
Gegevensbescherming	2	4	3
Serieus nemen van klachten	3	5	2
Nakomen van afspraken	4	3	4
Nota-afhandeling: foutloosheid	5	2	6
Kwaliteit oplossing klacht	6	8	5
Snelheid van uitbetalen rekeningen	7	7	7
Juistheid beantwoorden vraag	8	6	8
Foutloosheid	9	9	9
Herstellen van klachten	10	10	11
Snelheid afhandeling klachten	-	-	10

Tabel 6.18: Belang van tevredenheidsaspecten

Bron: Teamanalyse Commerciële Zaken, samenvatting van diverse onderzoeken, uitgevoerd i.o.v. VGZ.

Het motto van de VGZ jaarverslagen in de onderzoeksperiode:

'De zorg om de klant' (1993) - 'Zorg voor de toekomst' (1994)
 'Bouwen aan een beter VGZ (1995) - 'De blik naar buiten' (1996)
 'Wij zijn er als het nodig is' (1997) - 'De kunst van het vooruitdenken' (1998)
 'Een zorgverzekeraar met een missie' (1999) - 'De klant in de hoofdrol' (2000)
 'Openheid als onderscheid' (2001) – 'Focus op de klant' (2002)

Management van medewerkers

Door het werken in kleinere teams is de aandacht voor de persoon toegenomen, zowel van de leidinggevende als van collega's. Het resultaat en de kwaliteit van zijn of haar werk wordt hierdoor transparanter en biedt meer kansen om gericht te verbeteren. Werkoverleg is in deze setting gemakkelijker en meer frequent te organiseren. Medewerkers zijn beter geïnformeerd en kunnen daardoor de klant beter bedienen.

De functieprofielen van medewerkers zijn opgesteld met behulp van kerncompetenties, kerntaken en resultaatverantwoordelijkheden.

Functioneringsgesprekken, beoordelingsgesprekken en persoonlijke ontwikkelingsplannen borgen de kwaliteit van medewerkers. Medewerkers worden permanent opgeleid om hun vak te beheersen en om wijzigingen in de processen te kunnen toepassen.

Gericht beleid op beheersing van het ziekteverzuim leidt tot een hogere productiviteit.

Management van middelen

Er wordt veel geïnvesteerd in vernieuwing van de ICT-applicaties, waardoor de klant beter bediend kan worden.

Voorbeelden hiervan zijn de investeringen ten behoeve van de beveiliging van gegevens, de klant-beeldapplicatie en dialoogondersteuning bij het directoraat Klantcontacten, het registreren van klachten en de ontwikkeling van de interactieve Internet-sites.

Externe Integratie maakt het declaratieverkeer voor de zorgverzekeraar goedkoper en voor de verzekerde gemakkelijker.

Via Vecozo en Infomedics wordt het declaratieverkeer met zorgaanbieders geautomatiseerd. Verzekerden ontvangen nauwelijks nog nota's.

De multi-channel benadering voor het doorgeven van mutaties in verzekeringen is klantvriendelijk en tegelijkertijd efficiënt en effectief voor VGZ omdat op deze wijze het telefoonverkeer vermindert.

Management van processen

Periodiek worden processen herontworpen, naar aanleiding van nieuwe mogelijkheden en inzichten. Met de invoering van OÖZ zijn alle systemen, processen en werkinstructies opnieuw ontwikkeld.

Processen worden meer en meer gestroomlijnd vanuit het klantperspectief.

Het Do-well traject van de RVE VGZ heeft de resultaten van klanttevredenheidsonderzoek vertaald in procesverbeteringen.

Door proceseigenaren te benoemen worden processen integraal ontworpen, wat wil zeggen dat niet langer per organisatie-onderdeel wordt gekeken naar de optimalisatie van processen maar per proces. 'Van schouw tot mat' is hiervan een voorbeeld: de doorlooptijd van het volledige proces wordt bekeken.

De vorming van het POB borgt een continue verbetering van de bedrijfsprocessen.

Door verschillende signalen (wettelijke wijzigingen, signalen van medewerkers, ICT-storingen, klachten) te bundelen in één organisatieonderdeel kunnen processen continu worden onderhouden en geactualiseerd.

Klachten worden actief benut om de bedrijfsprocessen te verbeteren.

De vijf meest voorkomende klachten in 2004 zijn: product komt niet overeen met gewekte verwachtingen (16%); klachten over zorgaanbieders (11%); mutatie wordt niet of onjuist doorgevoerd (10%); verstrekte informatie is onduidelijk (10%); schade wordt niet uitbetaald omdat dit niet onder de dekking valt (6%).

De (dagelijkse) sturing op prestatie-indicatoren die de kwaliteit van het werk (foutpercentages, afbreukpercentages telefonie et cetera) en de kwantiteit van het werk (productiviteit, werkvoorraden) meten, borgt aspecten van klanttevredenheid. Deze stuurinformatie is sinds 1996 sterk verbeterd.

De kwaliteit van de telefonie wordt verbeterd door de introductie van de 5 A's: Aanvang/-algemeen, Analyse, Antwoord, Afsluiting en Algemeen, zie tabel 6.19. Via mystery calls wordt deze kwaliteit periodiek gemeten.

Kwaliteitsaspecten van een telefoongesprek bij VGZ
Aanvang/algemeen
De glimlach in de stem is 'hoorbaar', Geeft doel, rol en procedure aan, Hanteert gangbare gespreksetiquette
Analyse
Stelt voldoende vragen, Luistert actief, toetst en vat samen
Antwoord
Geeft kort, duidelijk en volledig antwoord, Spreekt duidelijk en begrijpelijk, Is overtuigend in tekst en taalgebruik, Beantwoordt aanvullende vragen, Is vasthoudend bij slecht nieuws gesprekken
Afsluiting
Geeft informatie over de vervolgprocedure, Vat gemaakte afspraken samen
Algemeen
Spreekt de klant aan bij zijn naam, De klant krijgt voldoende gelegenheid om verhaal te vertellen, Past indien nodig tempo of taalgebruik aan, Bij klacht of probleem reageert medewerker begripvol, Toont interesse, betrokkenheid en reageert sensitief op positieve aspecten van klantsituatie, Reageert serieus en respectvol op de klant, Gemotiveerde en behulpzame indruk, Laat merken achter de organisatie te staan, Benut mogelijkheden tot verkoop, Toetst of de klant tevreden is, Plezierige en positieve afsluiting

Tabel 6.19: Kwaliteitsaspecten van een telefoongesprek

Audits door de interne accountantsdienst worden volgens een planning uitgevoerd. Het oppakken van de geconstateerde bevindingen wordt elk kwartaal verantwoord in een managementletter.

De correspondentie van VGZ wordt omgezet naar een moderne schrijfstijl;

De kwaliteit van de output (brieven, mutatieformulieren, polisvoorwaarden et cetera) wordt vanaf 2005 sterk verbeterd door een interne schrijfwijzer te ontwikkelen die het medewerkers mogelijk maakt om brieven persoonlijker te maken, ambtelijke taal uit te bannen, alternatieven te bieden bij een afwijzing van een verzoek en gericht te zijn op een persoonlijke relatie met de klant.

Met deze beschrijving van de ontwikkeling van een klantgerichte organisatie eindigt de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ. Hoofdstuk 8 trekt de laatste conclusies uit deze gevalsstudie. Om te kunnen beoordelen of VGZ illustratief is voor de branche als geheel, worden in het volgende hoofdstuk drie andere zorgverzekeraars belicht: CZ Actief in Gezondheid, Agis en Menzis Zorg en Inkomen.

7 CZ, Agis en Menzis

Dit hoofdstuk beschrijft de organisatieontwikkeling van drie andere, vergelijkbare zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars zijn geselecteerd op basis van de criteria: aard van de organisatie, organisatievorm, werkgebied, schaalgrootte en productenpakket.

De omgevingsveranderingen die in hoofdstuk 3 zijn beschreven, zijn voor alle zorgverzekeraars hetzelfde geweest. De beginsituatie en de organisatieontwikkeling van deze organisaties zijn echter verschillend. Hoe hebben CZ, Agis en Menzis de omgevingsveranderingen geïnterpreteerd, hoe hebben zij hierop gereageerd en hoe ontwikkelen zij de klantgerichtheid van de organisatie?

Vergelijking met drie andere zorgverzekeraars

In hoofdstuk 1 is beschreven op welke wijze de drie zorgverzekeraars zijn geselecteerd die zijn benaderd voor een vergelijkend onderzoek. Op basis van de daar beschreven criteria kwamen als kandidaten naar voren: CZ Actief in gezondheid, AGIS en Menzis Zorg en Inkomen.

Als bronnen voor de volgende beschrijvingen zijn in eerste instantie de bekende en openbare publicaties gebruikt: jaarverslagen, rapporten van het CTZ over de uitvoering van de Ziekenfondswet, websites van de organisaties zelf en gegevens van sites die zorgverzekeraars vergelijken: Independer en Kiesbeter.nl. Vervolgens zijn enkele interviews gehouden met het management van CZ en Agis, op basis van een leidraad voor interviews, zie bijlage 2. De teksten van de volgende paragrafen zijn door CZ en Agis gecontroleerd op juistheid en van commentaar voorzien. Dit commentaar is zoveel mogelijk verwerkt.

De wijze waarop de drie zorgverzekeraars worden beschreven, is qua structuur ongeveer gelijk aan de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ. Allereerst wordt de zorgverzekeraar geïntroduceerd zoals die zich eind 2005 via de eigen website profileert. Vervolgens wordt de organisatieontwikkeling op hoofdlijnen beschreven vanaf het moment dat de zorgverzekeraar is ontstaan in deze omvang. De fusiegeschiedenis van de vier zorgverzekeraars is namelijk verschillend: CZ Actief in gezondheid ontstaat door vanaf 1989 meerdere keren te fuseren, zie figuur 7.1. Agis ontstaat in de omvang van 2005 pas in 1999, zie figuur 7.4 en Menzis ontstaat nog later. De verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie, de administratie- en informatiefunctie van de zorgverzekeraars worden belicht, voor zover daar informatie over verkregen is. Een laatste subparagraaf geeft inzicht in de wijze waarop de geïnterviewden de omgeving in de onderzoeksperiode hebben ervaren (subjectieve beleving), het beleid van het management om met deze veranderende omgeving om te gaan en de resultaten van dit beleid. Ook de ontwikkeling van de score op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie is in dit hoofdstuk gevraagd aan de geïnterviewden. Dit is een subjectieve beleving, dat wil zeggen: een niet feitelijk gemeten score.

De inzichten uit de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ gecombineerd met de inzichten uit dit hoofdstuk leveren de bouwstenen voor de slotconclusies van dit onderzoek, die in hoofdstuk 8 worden geformuleerd.

7.1. CZ Actief in gezondheid

Het profiel van CZ Actief in gezondheid

CZ Actief in Gezondheid, in deze beschrijving ook kortweg CZ genoemd, is een verzekeraar met een sterk sociaal karakter die principieel geen winst wil maken. De organisatie bestaat

sinds 1930. CZ is ontstaan uit Het Centraal Ziekenfonds (Tilburg), VZS Ziektekostenverzekering (Tilburg), Ziekenfonds Midden en Noord Zeeland (Middelburg), LIASS (Sittard) en ZHV (Goes). De ontstaansgeschiedenis van CZ is weergegeven in figuur 7.1. CZ is gehuisvest in Tilburg, Goes en Sittard en heeft daarnaast 15 servicekantoren verspreid over Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. CZ is concessiehouder voor drie zorgkantoren in de regio's Zeeland, Zuidoost-Brabant en Zuid-Limburg.

CZ profileert zich als een organisatie met een regiefunctie in de gezondheidszorg doordat zij invloed uitoefent op de structuur van de gezondheidszorg, zorgprocessen organiseert en afspraken maakt met zorgverleners. Via strategische allianties biedt CZ een integrale benadering van ziektekosten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. CZ is een dienstverlener op het gebied van gezond leven en gezond blijven. 'Een hoge kwaliteit en zekerheid, goede service, lage premies en ruime dekkingen, een snelle en directe communicatie met verzekerden' staan hoog in het vaandel. De organisatie profileert zich bovendien als een pro-actieve speler die de politieke besluitvorming actief probeert te beïnvloeden: CZ is in 2005 ondermeer vertegenwoordigd in ZN, het Platform Openbare Gezondheidszorg van VWS, commissies van CVZ, de kamer Care van het CTG, de werkcommissies Verpleeghuizen en Geestelijke Gezondheidszorg van CVZ, de Raad van Commissarissen van het CAK, de klankbordgroep voor de Volksgezondheid en Zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en in diverse provinciale- regionale en plaatselijke overleggen.

In 2005 heeft CZ ruim 2 miljoen verzekerden die worden bediend door 2.100 medewerkers met 34 nationaliteiten. Aan het eind van dat jaar tekenen CZ en OZ een overeenkomst voor de vorming van de COZ-holding. Deze stap in het samenwerkingsproces moet in 2008 leiden tot de volledige fusie van CZ en OZ, waardoor een organisatie van 2,8 miljoen verzekerden ontstaat en ruim 2600 medewerkers.

Missie

'Actief in gezondheid' is de missie van CZ. Deze naam 'CZ Actief in Gezondheid' moet de strategische herpositionering naar het publiek verduidelijken waartoe het topmanagement van CZ in 2000 besluit: CZ maakt de omslag van zorgverzekeraar naar leverancier van gezondheidsdiensten. Naast de gebruikelijke verzekeringsproducten worden stapsgewijs verschillende gezondheidsthema's geïntroduceerd.

Klanten

CZ onderscheidt in het strategische beleid verschillende klantsegmenten. Allereerst langs de as van gezond zijn en ziek zijn. De gezonde verzekerden zijn de mensen die geen zorg nodig hebben en die geen ander contact hebben met CZ dan via het betalen van de premie. Bij deze verzekerden is de belangrijkste vraag voor de organisatie: hoe houd je contact? CZ biedt deze mensen informatie over gezond blijven en lifestyle en diverse producten met korting die deze boodschap ondersteunen, zie tabel 7.1. De tweede groep zijn de mensen die incidenteel zorg nodig hebben. De derde groep zijn de chronisch zieken, die regelmatig contact hebben met CZ. Strategisch heeft men een antwoord geformuleerd op de vraag hoe de dienstverlening wordt ingericht naar deze drie groepen. Een tweede klantsegmentatie is aangebracht via de as van de distributiekanaal: individuele verzekerden, verzekerden via het intermediair en collectief verzekerden. Een derde segmentatie is tot 2006 de soort verzekering: ziekenfonds of particulier. Vanaf 1 januari 2006 wordt CZ bovendien het 'orgaan van de woonplaats' voor verzekerden die in Nederland wonen en in het buitenland werken of een uitkering krijgen vanuit het buitenland.

Producten en diensten

Naast de ziekenfondsverzekering, de verzekeringen voor particulieren en een aantal aanvullende verzekeringen ontwikkelt CZ steeds meer nieuwe producten en diensten, zie tabel 7.1.

Nieuwe producten en diensten van CZ		
Jaar	Product/dienst	Doelgroep
2001	De CZ Gezondheidslijn is een telefonische medische hulplijn. Informatieve, medische en gidsvragen worden beantwoord door speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen.	CZ-verzekerden
2002	CZMedicinfo.nl: informatie over gezondheid en ziekte Een e-team van hulpverleners beantwoord medische vragen. Dit team bevat een fysiotherapeut, een verloskundige, een diëtiste, een vaccinatie-arts, een SOA deskundige, een wachtlijstbemiddelaar, een oogarts en een huisarts. CZGezondheidslijn (0900-1429): een telefonische hulpdienst voor medische vragen	CZ-verzekerden
2003	Een nieuw kraampakket. Op de CZ site een deel voor jonge gezinnen ingericht	Gezinnen met jonge kinderen
	EasyHealth-polis, een polis die alleen de onverwachte risico's verzekerd tegen de helft van de normale zorgpremie. Daarnaast worden diverse internetdiensten aangeboden (een medische encyclopedie) en e-deskundigen (diëtiste, fysiotherapeut, logopedie, arbodeskundige en soa-deskundige) en telefonisch gezondheidsadvies (tot 2006)	Jonge, hoog opgeleide, particuliere verzekerden zonder kinderen met een goed inkomen
	Een doorlopende reisverzekering	CZ-verzekerden
	Mijn CZ Online toegang tot persoonlijke verzekeringsgegevens via Internet	CZ-verzekerden
2004	De CZ Helpline, bedoeld voor gratis advies bij acute klachten of dringende medische vragen van verzekerden die in het buitenland verblijven. Deze hulpdienst is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.	CZ-verzekerden
2005	De Virtuele Oogarts Jongerenpolis Seniorenpolis	Jongeren 50 plussers

Tabel 7.1: Nieuwe producten en diensten van CZ Actief in gezondheid

Voor de zakelijke markt introduceert CZ op 1 mei 2005 een geïntegreerd zorg- en verzuim-product. 'De standaardverzekering laat weinig onderscheidende ruimte voor collectiviteiten. De strijd om de collectiviteiten gaat zich dus steeds meer concentreren op de geïntegreerde aanpak van zorg, verzuim, arbo en reïntegratie die is toegesneden op het individu, de werknemer'. Het product CZ Bedrijf en Gezondheid bestaat in 2005 uit vier modules: de module Bedrijfsgezondheid, Verzuimmanagement, Interventie en Verzekeringen en is zo een geïntegreerd pakket. Om deze zorg en dienstverlening te kunnen bieden wordt samengewerkt met andere ondernemingen: Capability, CZ's partner op het gebied van caremanagement en verzuimbegeleiding, De Gezonde Zaak, een groot onafhankelijk netwerk van

interventiecentra die gericht zijn op werkhervatting en gezondheidsbevordering en met Generali Verzekeringen.

De juridische structuur

De juridische structuur van CZ is als volgt opgebouwd (tot 1 januari 2006), zie tabel 7.2.

Juridische structuur CZ Actief in gezondheid		
Stichting CZ groep Ziekenfonds	O.W.M. CZ groep Ziektekosten u.a	O.W.M.CZ groep Aanvullende Verzekering Ziekenfonds u.a.
	Ledenraad	Ledenraad
Bestuur	Raad van Commissarissen	Raad van Commissarissen
Directie	Raad van Bestuur	Raad van Bestuur

Tabel 7.2: Juridische structuur CZ Actief in gezondheid

Daarnaast bestaat het concern uit de stichtingen: Stichting CbusineZ, Stichting Intermediair CZ Verzekeraars, Stichting Het Lourdesziekenfonds, Stichting Huisvesting CZ Verzekeraars en de Stichting Bevordering Zorginitiatieven.

7.1.1. De organisatieontwikkeling van CZ Actief in gezondheid

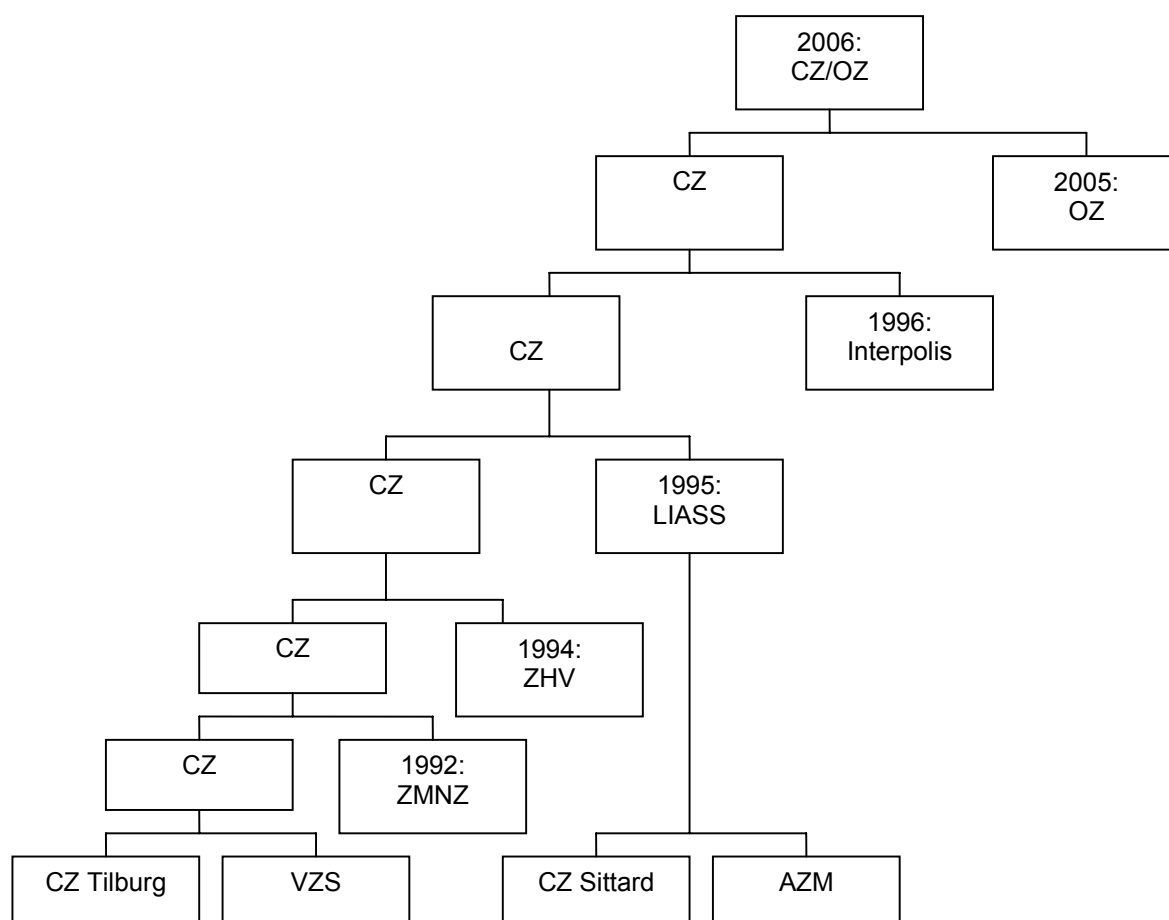
Het Centraal Ziekenfonds voor het Bisdom 's-Hertogenbosch is op last van de bisschop ontstaan door enkele kleinere lokale ziekenfondsen samen te voegen. Het werkgebied besloeg de grenzen van het bisdom Den Bosch: Tilburg, het Rijk van Nijmegen, Den Bosch en delen van Limburg. Uniek in Nederland is het feit dat van oudsher veel overlappende werkgebieden bestonden in het Zuiden van Nederland. In veel plaatsen konden mensen dus ook vóór 1992 al kiezen tussen twee ziekenfondsen.

Het Centraal Ziekenfonds had een eigen particuliere bovenbouw: VZS (Verzekering voor ziekenhuiskosten en specialistische hulp). Eind jaren '70 van de twintigste eeuw kwam de concurrentie op de particuliere markt op gang. Via polissen met eigen risico's werd de markt afgeroomd en liepen de vrijwillige ziekenfondsen leeg met het bekende gevolg (opheffing in 1986). Deze schaalvergroting zette zich vanaf de jaren '80-'90 door, onder invloed van de toenemende financiële verantwoordelijkheid.

CZ werkte aanvankelijk met alle ziekenfondsen in het Zuiden samen. In Eindhoven waren drie ziekenfondsen werkzaam: EAZ (een doktersfonds), AZEO (een arbeidersfonds ontstaan uit de socialistische vakbeweging) en Philips (een bedrijfsfonds). Dit was een soort enclave in het werkgebied van CZ (oorspronkelijk ontstaan uit de katholieke vakbeweging). Samen met deze fondsen had CZ een computercentrum in Tilburg en een medisch controle instituut. Deze functies waren voor een enkel ziekenfonds in die tijd niet te betalen. Het lag dan ook voor de hand om met deze ziekenfondsen te fuseren. De drie fondsen in Eindhoven voelden zich echter bedreigd door het relatief grote CZ en zij fuseerden daarom onderling tot RZEO. Dit ziekenfonds is in 1989 opgegaan in de fusie met VGZ.

Figuur 7.1 geeft de ontstaansgeschiedenis van CZ aan. Deze figuur laat zien dat CZ, naast autonoom, ook via fusies is gegroeid. De fusie met ZMNZ bracht een groei van 100.000 verzekerden. Door de fusie met ZHV groeide de organisatie met 130.000 verzekerden, door de fusie met LIASS met 450.000 verzekerden en door de overname van de zorgportefeuille

van Interpolis met 130.000 verzekerden. De belangrijkste redenen voor deze schaalvergroting zijn geweest de toegenomen financiële verantwoordelijkheid en de toegenomen bevoegdheden op het gebied van zorginkoop. Beide zaken maken het noodzakelijk een goed gebalanceerd verzekerdenbestand te hebben. Dit bestand moet zoveel mogelijk overeenkomen met het gemiddelde van Nederland: jong en oud, ziek en gezond, ziekenfonds en particulier verzekerd et cetera. In dat geval is het verstrekkingenbudget namelijk het best toereikend om de zorgkosten adequaat te dekken. Daarnaast is een minimale zorginkooppmacht noodzakelijk voor een effectieve schadelastbeheersing. Alleen als een verzekeraar een goede omzet kan garanderen, is zij in staat om richting zorgaanbieders eisen te stellen ten aanzien van de prijs, de kwaliteit of het volume van de zorg.



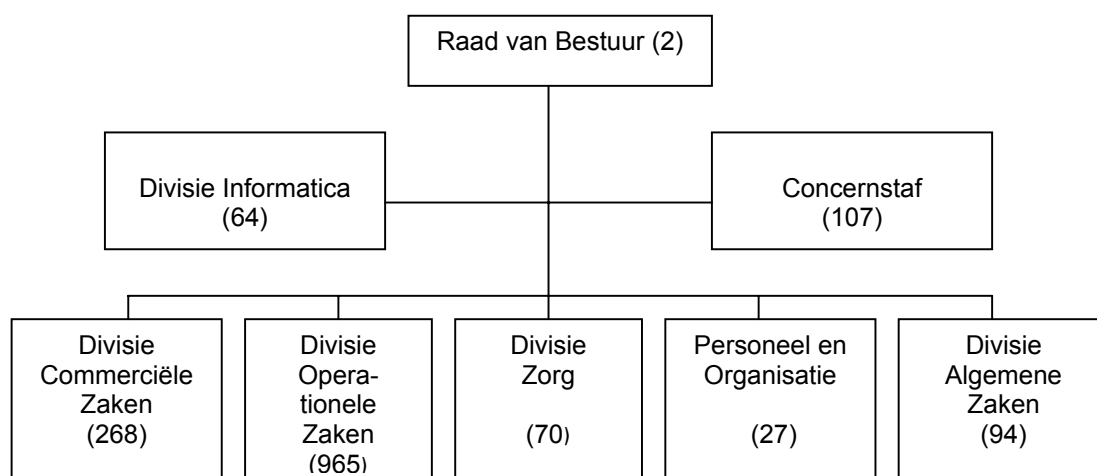
Figuur 7.1: Ontstaansgeschiedenis CZ Actief in gezondheid, van 1987 - 2005

Organisatiestructuur

De fusiegeschiedenis van CZ heeft geleid tot een organisatiestructuur van werkmatschappijen vanuit een geografische benadering. Deze organisatiestructuur is in de periode 1987 – 2005 geleidelijk geëvolueerd en opgebouwd rond drie locaties: Tilburg, Goes en Sittard. CZ heeft nooit de behoefte gevoeld om dit drie-locatie-model te wijzigen. De technologische ontwikkelingen maakten het goed mogelijk om het werk naar de mensen te brengen en niet de mensen naar het werk. Alleen in Goes is een nieuw gebouw neergezet om het werk van ZMNZ (ziekenfonds) en ZHV (particulier) te concentreren. Dit locatiemodel bestaat in 2005 nog steeds.

In 2003 besluit CZ dat deze structuur niet langer adequaat is: de efficiency en de effectiviteit van de organisatie moeten verbeteren. De aanleiding voor deze wijziging is de toegenomen concurrentie, de financiële tegenwind (forse kostenstijgingen en een negatief verzekeringsresultaat), de groei van CZ (in februari 2004 wordt de twee miljoenste verzekerde bijgeschreven) en de noodzaak om snel en flexibel te kunnen schakelen op omgevingsveranderingen. De structuur van werkmaatschappijen vraagt teveel afstemming die tijd kost. Om de marktpositie te kunnen behouden, moeten de kosten omlaag en de resultaten omhoog: 'tandje erbij, kilootje eraf'. Op korte termijn worden de beheerskosten drastisch teruggebracht door te bezuinigen op het reclame- en opleidingsbudget, door ingehuurd personeel terug te brengen en door een aantal projecten te schrappen of uit te stellen. Voor de noodzakelijke cultuur- en structuuraanpassingen wordt meer tijd uitgetrokken. In twee jaar tijd wordt de organisatiestructuur gewijzigd: de regionale aansturing wordt vervangen door een functionele aansturing. De drie locaties worden gehandhaafd.

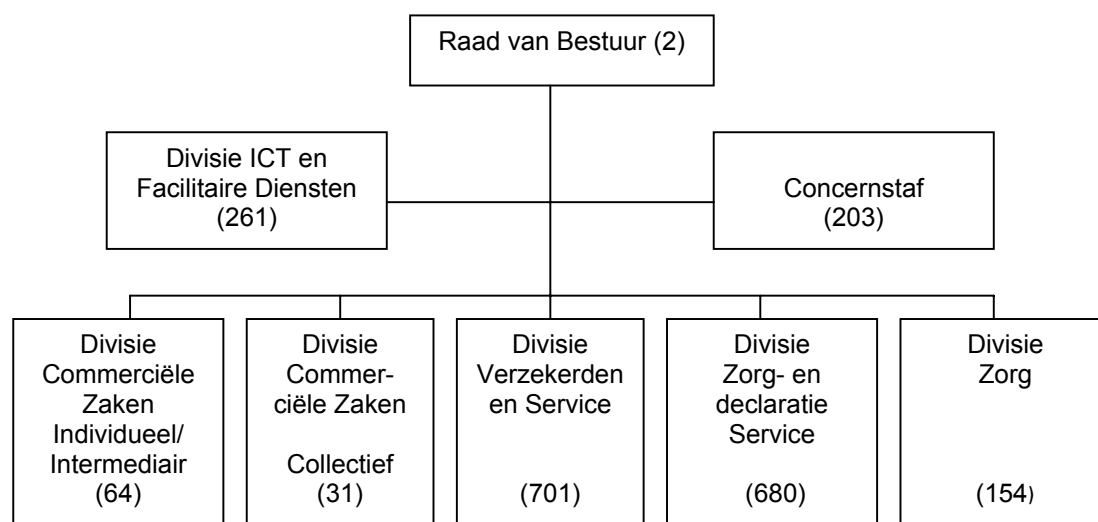
Het programma 'Meer met minder (MMM)', dat loopt van 1 april 2004 tot 1 januari 2006, moet bewerkstelligen dat het zorgverzekeringsbedrijf, (schade, verzekerden, service en zorginkoop met als kerntaak de administratieve uitvoering van zorgverzekeringen) en de verkooporganisatie (marketing en verkoop, met als kerntaak de verkoop van CZ-producten), een striktere afbakening krijgen en meer focus op hun kerntaken. Ook innovaties worden geconcentreerd. Tot 2004 staan de drie locaties elk onder de verantwoordelijkheid van één locatie-directeur. Zie voor het organogram tot 2004 figuur 7.2. Vanaf 2004 wordt deze regionale aansturing vervangen door een procesgerichte aansturing: schade, verzekerden en service. Sinds 2005 is één directeur organisatiebreed, dus voor drie locaties, verantwoordelijk voor de divisie Verzekerden en service. Eén directeur is organisatiebreed verantwoordelijk voor de divisie Zorg- en declaratieservice en ook de verkooporganisatie wordt gereorganiseerd. Hiermee is de structuur van werkmaatschappijen verleden tijd. Met deze organisatiewijziging wil het topmanagement van CZ een cultuuromslag bewerkstelligen om de organisatie flexibeler en sneller te maken. CZ wil een meer ondernemende cultuur ontwikkelen waarin mensen initiatief nemen, creatief zijn en verantwoordelijkheid nemen. Risico's nemen en fouten maken horen daar bij. De klantvriendelijkheid van de organisatie moet vergroot worden om de veeleisende klant beter te bedienen. 'Dit vraagt een andere benadering en manier van werken van medewerkers: deskundigheid, besluitvaardigheid, klantvriendelijkheid, luisteren en doorvragen, analyseren en de klant serieus nemen' (sociaal jaarverslag 2001). Zie voor het organogram vanaf 2005 figuur 7.3.



(tussen haakjes is het aantal personen ultimo 1998 weergegeven)

Figuur 7.2: Organisatiestructuur CZ Groep 1998

De Concernstaf bevat de volgende afdelingen: Actuarial, Administratieve Organisatie, Bedrijfsbeheerbureau, Centrale financiële administratie, Controlling, Interne Accountantsdienst, Juridische Zaken, Marketing en communicatie, Secretariaat, Secretaris Raad van Bestuur, Strategie en innovatie, Vermogensbeheer en Voorlichting.



(tussen haakjes is het aantal personen ultimo 2004 weergegeven)

Figuur 7.3: Organisatiestructuur CZ Groep vanaf 2005

De Concernstaf bevat de volgende afdelingen: Actuarial, Bedrijfsbeheerbureau, Bureau bijzonder onderzoek, Bureau product beheer, Centrale financiële administratie, Human Resource management, Informatie- en projectmanagement, Interne Accountantsdienst, Juridische Zaken, Marketing en communicatie, Secretariaat Raad van Bestuur, Strategie en innovatie, Vermogensbeheer en Voorlichting

Op het hoofdkantoor in Tilburg werken eind 2003 1.151 medewerkers. Hier zijn de ondersteunende functies geconcentreerd en worden de administratieve functies (verzekerden en service, zorg- en declaratieservice) voor een geografisch gescheiden deel van het verzekerdenbestand uitgevoerd. In Goes (436 medewerkers) en in Sittard (590 medewerkers) worden deze administratieve functies (verzekerden en service, zorg- en declaratieservice) uitgevoerd voor andere delen van het verzekerdenbestand.

Gevolgen voor het personeelsbeleid

Een belangrijke drijver van de gewenste cultuurverandering is de ontwikkeling van het HRM-beleid, dat wordt afgeleid van het strategische beleid. De HRM-afdeling wordt adviserend en faciliterend.

De veranderende omgeving vereist dat de organisatie steeds hogere eisen stelt aan kennis en vaardigheden van de medewerkers. 'Vroeger werkten hier mensen met alleen lagere school. Door hun ervaringskennis konden die zich soms nog goed handhaven. Dat gaat nu niet meer. Het eenvoudige werk is overgenomen door de computer en wat over blijft is het complexere werk. De opleidingseisen worden dus hoger. Mensen moeten meer in abstracties kunnen denken, verbanden zien en samen kunnen werken'. 'CZ zoekt naar creatieve geesten'.

Vanaf 2001 wordt bij CZ het 'werken met competenties (WMC)' ingevoerd, een project waarin het gewenste gedrag van medewerkers wordt benoemd en waarbij kennis, vaardigheden, houding, ervaring en inzichten worden beoordeeld. Als kerncompetenties voor alle CZ-medewerkers worden genoemd: betrouwbaar, ondernemend en klantgericht (BOK). Vanuit de Divisie Informatica en Dienstverlening en de afdeling AO/IA wordt deze manier van beoordelen en belonen tot 2005 uitgerold over de gehele CZ-organisatie. Het aantal functiebenamingen wordt sterk verminderd en functies worden geüniformeerd. Er worden nieuwe functie-documenten ontwikkeld, waarin het doel van de functie is vastgelegd, de plaats in de organisatie, de verantwoordelijkheden, kerntaken, bevoegdheden, het competentie-profiel en aanvullende functie-eisen. De competentiebibliotheek bevat alle competenties die cruciaal zijn voor het succes van CZ en de individuele medewerker.

De stijl van leidinggeven moet hierop aangepast worden, van directief leiding geven met besluitvorming hoog in de organisatie naar situationeel leiderschap met een grote mate van besluitvorming op de werkvloer. In 2001 wordt een opleidingsunit opgezet om de gewenste koersverandering te ondersteunen. Leidinggevers krijgen een workshop Opleiden en Ontwikkelen en het opleidingsaanbod wordt herijkt op de vraag van de medewerker en van de organisatie. Voor de leidinggevers brengt de nieuwe stijl van werken met zich mee dat zij zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de ontwikkeling van de eigen afdeling en dat zij een coachende stijl van leidinggeven gaan hanteren. Meer delegeren, meer probleemoplossend vermogen toekennen aan de medewerkers, zo vermeldt het sociaal jaarverslag 2001.

Ook de beloningsstructuur wordt flexibeler gemaakt. De marktconforme salarissen van CZ zijn niet het probleem, het extra belonen van bovenmatig presterende medewerkers wel. Er wordt een 'excellent schaal' ontwikkeld om dit punt op te lossen.

De CZ-site en het jaarverslag 2004 melden dat de nieuwe tijden vereisen dat CZ efficiënter en slimmer opereert en intern goed samenwerkt. CZ wil zich op de arbeidsmarkt als een aantrekkelijke werkgever profileren. De CZ site (www.czjobs.nl) nodigt 'energieke probleemoplossers, mensen met een frisse blik' uit om te solliciteren.

Vernieuwing van de IT-infrastructuur en -systemen

Ook de IT wordt in de periode 1987-2005 geprofessionaliseerd. De infrastructuur, de applicaties en de interne IT-dienstverlening worden vernieuwd. De divisie I&D rondt het project Professionalisering IT (Profit) af, om de interne dienstverlening te verbeteren. De Datacom database wordt vervangen door DB2; de Euro wordt ingevoerd; met KRIS (Klantcontacten-Registratie- en Informatiesysteem) hebben medewerkers op een eenvoudige wijze toegang tot informatie en met EDMS (Elektronisch Document Management Systeem) is het mogelijk de volledige correspondentie met klanten op te roepen. Koppelingen tussen KRIS, EDMS en MARS AVN (een offerteregistratiesysteem) maken een geïntegreerde klantbenadering mogelijk. Via een relatienummer of het adres van de verzekerde is het hele klantdossier te raadplegen. CZ start in 2001 met het systeem Klant Relatie Management (KRM), waarmee optimaal gebruik gemaakt wordt van intern en extern beschikbare informatie om te ontdekken wat de klant wil. In 2003 wordt een nieuw Verkoop Informatie Systeem (VIS) in gebruik genomen om de verkoopfunctie te ondersteunen. Ook applicaties voor de ondersteuning van projectmatig werken en tijdschrijven worden vernieuwd.

Eind 1999 gaat CZ werken met de Balanced Scorecard om meer prestatiegericht te gaan werken. Vanuit de CZ-strategie benoemt een manager de afdelingsdoelstellingen voor het komende jaar. Deze doelstellingen worden uitgedrukt in meetbare eenheden die periodiek worden gemonitord. In 2002 zijn bij CZ 150 persoonlijke scorecards operationeel¹.

¹ Noot van de onderzoekster: dit gebruik van de BSc is anders dan de wijze waarop Zorgverzekeraar VGZ met het INK-managementmodel en de BSc omgaat. VGZ kent geen persoonlijke scorecards.

De verkoopfunctie

De verkoopfunctie van CZ is in de onderzoeksperiode drastisch gewijzigd. De verzekeringsagent die gericht was op het behoud van verzekerden bestaat niet meer. De collectiviteiten vereisen een professionele benadering en de individuele markt wordt via andere en meerdere verkoopkanalen benaderd. Het landelijke werkgebied maakt dit noodzakelijk en de technologische ontwikkelingen maken dit ook mogelijk (televerkoop, internet, extranet). Het intermediairkanaal is daarbij belangrijk geworden.

In 2001 wordt de divisie Commerciële Zaken geherstructureerd via het project 'Samen werken aan morgen'. Allereerst worden de segmenten 'Individueel' en 'Intermediair' samengevoegd. De samenwerking met de sector 'Collectief' wordt geïntensiveerd. De inspanningsgerichtheid maakt plaats voor sturing op resultaat en rendement. In 2003 introduceert CZ het Internetverzekeren waarvoor een speciaal @team wordt opgezet, met de disciplines Verzekerden, Acceptatie, Verkoop en Schade. Het gehele traject van aanmelding tot schadeafhandeling verloopt digitaal. In 2005 stopt men hiermee wegens gebrek aan belangstelling.

De zorginkoopfunctie

De zorginkoopfunctie bestaat aanvankelijk uit drie bekende disciplines: de medische, de juridische en de economische functie. In 2001 wordt de divisie Zorg gereorganiseerd door de inrichting van drie businessunits. De businessunit Care (Zorgkantoren) wordt beter aangesloten op de regionale uitvoering van de AWBZ. De Administratie Zorgkantoren in Sittard wordt in twee teams gesplitst. De businessunit Zorgadvisering bevat de Zorgservice en de medisch adviseurs. De businessunit Cure bevat de zorginkoop van de andere zorgsoorten: ziekenhuizen, huisartsenzorg, farmacie, paramedische hulp, tandheelkunde en hulpmiddelen. Het jaarverslag 2003 vermeldt dat ook het inkoopproces is gewijzigd. Een integrale aanpak met de betrokkenheid van meerdere disciplines moet bewerkstelligen dat de inkoop efficiënt en effectief wordt uitgevoerd. Zo zijn er inkoopteams samengesteld met afgevaardigden uit Operationele Zaken, Zorg, Marketing & Communicatie, Bureau Product Beheer en een jurist. 'Zorginkoop nieuwe stijl' bevat zes stappen, van een inventarisatie van de in te kopen zorg tot de evaluatie van de zorg die daadwerkelijk geleverd is.

CZ probeert de professionele kwaliteit van zorgaanbieders te verhogen door te stimuleren dat zij zich laten certificeren volgens de kwaliteitsnormen die door de eigen beroepsgroep zijn opgesteld. Er wordt actief gestuurd op de prijs en op de toegankelijkheid van de zorg. In 2005 is CZ de beste zorginkoper voor de verstrekking Hulpmiddelen. De Diabetes Vereniging Nederland noemt CZ bij de beste zorginkopers voor diabeteszorg. CZ wil in de toekomst zorggids worden. Zie voor voorbeelden van zorgvernieuwing en kwaliteit van zorg tabel 7.3.

Voorbeelden van zorgvernieuwing – kwaliteit van zorg projecten CZ		
Doel	Activiteit	Samen met
Ontlasten van de huisartsenadministratie voor de regionale huisartsenkringen in Zuid-Nederland	Het opzetten en gezamenlijk beheren van een centrale database voor de structurele registratie van de inschrijving van verzekerden op naam	OZ en VGZ
Verbeteren van de huisartspraktijk	Realiseren van een kwaliteitskeurmerk voor huisartsen in Zuidoost-Brabant	Coöperatie De Ondernemende Huisarts (DOH) en VGZ
Capaciteit voor planbare operaties verhogen	Meer centra voor planbare operaties realiseren	Orthopedisch Centrum Máxima in Eindhoven

Voorbeelden van zorgvernieuwing – kwaliteit van zorg projecten CZ		
Doel	Activiteit	Samen met
Opheffen van schaarste in de huisartsenzorg	Financieel ondersteunen van de invoering van centrale dienstenstructuren en de Nurse Practitioner	
Wachlijsten van ziekenhuizen inkorten	Extra capaciteit inkopen bij ziekenhuizen, ZBC's en ziekenhuizen in het buitenland.	
Realiseren van lagere prijzen voor generieke geneesmiddelen	Samenwerken met DA-Apotheken en Etos Apotheken.	
Ondersteunen van maatschappelijk verantwoorde doelen in de zorg	Beheren van het CZ Fonds van de in 1986 opgeheven vrijwillige ziekenfondsverzekering	
Verbeteren van ziekenhuiszorg	CZ is betrokken bij het landelijke overheidsproject <i>Sneller Beter</i> , waarin ruim 20 ziekenhuizen de kwaliteit op allerlei gebied trachten te verhogen.	

Tabel 7.3: Zorgvernieuwing, kwaliteit van zorg projecten van CZ Actief in gezondheid

De administratieve functie

Ook de administratiefunctie is onder invloed van technologische ontwikkelingen en andere omgevingseisen sterk veranderd. Snelheid en flexibiliteit zijn belangrijke succesfactoren geworden. De ontwikkeling van de administratieve functie kan worden geschetst als: van papier naar digitalisering en grotere complexiteit van systemen, van mainframe naar netwerk-omgeving, van 1-locatie naar meerdere locaties.

7.1.2. De resultaten van CZ Actief in gezondheid

Waardering van de omgeving door CZ

De omgeving wordt als volgt getypeerd:

Waardering van de omgeving door CZ Actief in gezondheid			
Dimensie van de omgeving:	Verkoopfunctie	Zorginkoopfunctie	Administratie- en informatiefunctie
Stabiel – Dynamisch	Meer dynamisch	Meer dynamisch	Meer dynamisch
Simple – Complex	Meer complex	Meer complex	Meer complex
Geïntegreerd – Gediversifieerd	Meer gediversifieerd	Meer gediversifieerd	Meer gediversifieerd
Gunstig gestemd – Vijandig	Meer vijandig	Meer vijandig	Meer vijandig

Tabel 7.4: Waardering van de omgeving door CZ Actief in gezondheid

Het feit dat de omgeving in 2005 volgens CZ voor alle functies (de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie en de administratiefunctie) hoger scoort op alle vier genoemde dimensies van Mintzberg, wordt veroorzaakt door de toegenomen (financiële) verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverzekeraars, door de toegenomen politieke belangstelling voor de gezondheidszorg, door de prominente rol die spelers als de Consumentenbond en de NPCF de laatste jaren opeisen en door de mondiger, beter geïnformeerde en veeleisender klant.

Stabiliteit, complexiteit

In 1986 is de hele omgeving dichtgetimmerd met wet- en regelgeving. Ziekenfondsen zijn dan pure uitvoeringsorganen. De Wet Ziekenhuis Tarieven en de rol van het COZ maakt van de 'zorginkoop' een beleefdheidsbezoek, ziekenfonds en zorgaanbieder zetten uiteindelijk gewoon hun handtekening onder de COZ tariefovereenkomst. De Wet Tarieven Gezondheidszorg brengt al wat meer regelvrijheid voor de ziekenfondsen. Het COTG keurt de overeengekomen tarieven goed en stelt deze alleen nog zelf vast als de partijen er niet uitkomen. In 2005 is een zorgverzekeraar meer en meer zelf verantwoordelijk. Na 2006 zal het belang van de aanvullende verzekeringen sterk toenemen. Hiervoor zijn zorgverzekeraars dan volledig zelf verantwoordelijk, zowel inhoudelijk als financieel.

Vijandigheid

Door de schaalvergroting is de concurrentie tussen zorgverzekeraars sterk toegenomen, wat de omgeving meer vijandig maakt. De collectiviteiten gaan de verschillen maken. Het wordt in de toekomst mogelijk om in één klap grote aantallen verzekerden te werven of te verliezen. Tegelijkertijd ontstaan er ook andersoortige collectiviteiten, bijvoorbeeld doordat patiëntenverenigingen op gaan treden als collectiviteit. De klant is daarbij veel mondiger, want hij is veel beter geïnformeerd. Gezondheidszorg is in 2005 ten opzichte van de jaren '80 van de vorige eeuw een hot topic.

Beleid: score op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie

De dimensies van de organisatie worden door CZ ingevuld als in tabel 7.5.

Score op de dimensies van een bureaucratische organisatie door CZ Actief in gezondheid			
Dimensie van de organisatie:	Verkoopfunctie	Zorginkoopfunctie	Administratie- en informatiefunctie
Centralisatie:	Meer gecentraliseerd	Meer gecentraliseerd	Meer gecentraliseerd
Hiërarchie:	Meer hiërarchisch	Meer hiërarchisch	Meer hiërarchisch
Specialisatie:	Meer gespecialiseerd	Meer gespecialiseerd	Meer gespecialiseerd
Formalisatie:	Meer geformaliseerd	Meer geformaliseerd	Meer geformaliseerd
Standaardisatie:	Meer gestandaardiseerd	Meer gestandaardiseerd	Meer gestandaardiseerd

Tabel 7.5: Score op de dimensies van een bureaucratische organisatie door CZ Actief in gezondheid

Centralisatie en hiërarchie

De dimensie centralisatie laat in de periode 1986-2005 golfbewegingen zien: er wordt gecentraliseerd en gedecentraliseerd. De autonomie van de drie locaties wordt in 2004 gewijzigd naar een organisatiebrede (centrale) aansturing van de te onderscheiden kennisgebieden.

De hogere score op de dimensie hiërarchie is verklaarbaar uit het feit dat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden meer dan eind jaren '80 van de vorige eeuw

vastliggen. De aard van deze hiërarchie is daarbij sterk veranderd: er wordt meer en meer in matrixstructuren gewerkt doordat de aard van het werk functionele samenwerking noodzakelijk maakt. De klant, de verzekerde, krijgt met alle facetten van dienstverlening te maken. Het is dus noodzaak om deze procesketen in de eigen organisatie te zien en vorm te geven. Aan elk onderwerp zit wel een commerciële, een zorginhoudelijke én een administratieve kant. Er wordt daarom steeds meer in multidisciplinaire projectgroepen, commissies en dergelijke gewerkt. De hiërarchie krijgt daarmee een andere vorm.

Specialisatie, formalisatie en standaardisatie

De hogere score op de dimensies formalisatie, standaardisatie en specialisatie zijn een rechtstreeks gevolg van de hogere kwaliteitseisen die aan de dienstverlening van zorgverzekeraars worden gesteld, door het publiek, door de toezichthouders en door het management van de organisatie zelf. De organisatieontwikkeling (specialisatie) is in tabel 7.6 en tabel 7.7 zichtbaar.

De ontwikkeling van organisatieonderdelen binnen CZ					
	2001	2002	2003	2004	2005
	fte	fte	fte	fte	fte
Operationele Zaken	1.113,02	1.157,56	1.134,41	Gesplitst:	Gesplitst:
Verzekerden en Service	Nb	Nb	Nb	605,51	558,01
Zorg en Declaratieserv.	Nb	Nb	Nb	574,38	548,23
Commerciële Zaken	259,39	259,54	250,97	89,04	79,04
Zorg	178,75	182,51	174,94	136,84	143,68
Informatica en Dienstverlening	133,28	162,64	168,51	245,82	233,47
RvB en Concernstafafd.	189,08	198,45	197,52	189,97	180,55
Totaal	1.872,26	1.960,70	1.926,35	1.841,56	1.742,98

Tabel 7.6: Ontwikkeling van de formatie van CZ Actief in gezondheid

Voorbeelden van specialisatie	
Nieuwe organisatieonderdelen	Bedrijfsbeheerbureau Bureau product beheer Het Project Risicobeheer leidt in 2003 tot een Bureau Bijzonder onderzoek, dat zich richt op fraudebestrijding binnen CZ

Tabel 7.7: Toegenomen specialisatie binnen CZ Actief in gezondheid

Er zijn meetbare servicelevels geformuleerd. Deze transparantie is noodzakelijk voor de interne communicatie tussen de verschillende diensten van CZ en voor de externe verantwoording via bijvoorbeeld het uitvoeringsverslag en het jaarverslag.

Beleid: de ontwikkeling van de klantgerichtheid

Bij CZ staat de klant centraal: de organisatie streeft ernaar om producten en diensten zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van verzekerden. Het jaarverslag 2005 stelt voor de toekomst: 'Mate van klantgerichtheid bepaalt onze kracht'.

Het hoogste orgaan binnen de CZ Groep is de Ledenraad. In 2001 wordt dit beleid verder ontwikkeld met een landelijke campagne 'Zorg kan altijd beter', die de naamsbekendheid van CZ sterk vergroot van 56% in 2000 naar 67% in 2001. Klanttevredenheidsonderzoek maakt duidelijk dat de klant meer keuzemogelijkheden wenst in verzekeringsproducten. In 2003 wordt De Gids gemaakt, het beleidsplan voor de periode 2003-2006, dat aangeeft waar CZ zich in die periode op richt. Klanten zijn geïnteresseerd in gezond zijn, gezond worden en zo gezond mogelijk verder leven. CZ wil de klant daarbij tot gids zijn.

CZ en Internet

Op 5 november 2003 lanceert CZ een vernieuwde website. Het gebruiksgemak is verbeterd, er is een subsite 'ouder en kind' ingericht voor gezinnen met jonge kinderen en er is een knop 'verzekeringen' en een aparte knop 'gezondheid' beschikbaar. Deze laatste ontsluit een gezondheidscentrum op internet: bezoekers kunnen onder andere informatie over gezond leven en ziektes opvragen, deelnemen aan forums en zelf tests doen. De site is zo klantgericht mogelijk opgezet, op basis van onderzoek naar de behoeften van bezoekers van zorgverzekeraarsites en bezochte pagina's in het verleden. Vanaf 2003 is ook een gezamenlijke website van de CZ-zorgkantoren operationeel. De digitale nieuwsbrieven van CZ zijn via internet beschikbaar: M@gazine (verschijnt maandelijks), Zwangerschaps-m@gazine (elke 2 weken) en Peuterm@gazine (elke 3 maanden). Via MijnCZ kunnen verzekerden zelf gegevens inzien en muteren.

Klantenvoordeel

Via CZ Klantenvoordeel kunnen verzekerden korting krijgen op artikelen die zijn gerelateerd aan het thema 'actief in gezondheid'. Voorbeelden zijn korting op een EHBO-set van het Nederlandse Rode Kruis, op een oorthermometer en een kinderweegschaal, op brillmonturen, het Black Bear assortiment van Bever Zwerfspor of het laten sealen van bagage bij Seal & Co.

Metten van de klanttevredenheid

CZ houdt twee-jaarlijks een grootschalig klanttevredenheidsonderzoek. Waar nodig wordt aanvullend onderzoek uitgevoerd. Verbeterpunten kunnen leiden tot aanpassingen in de bedrijfsprocessen (de begrijpelijkheid en de leesbaarheid van communicatie-uitingen wordt bijvoorbeeld verbeterd door leespanels vooraf te laten reageren op concepten) en tot nieuwe dienstverlening, zoals de module Zorgwijzer op de CZ-site, die verzekerden beter moet informeren over zorg en zorgverleners. Sinds 2002 gebruikt CZ ook een klantenpanel via internet. Verzekerden kunnen zich hiervoor opgeven en ontvangen dan een paar keer per jaar via e-mail een vragenlijst. Nieuw is dat sinds 2001 ook de tevredenheid over de aangeboden zorg wordt gemeten. Zo is in 2005 een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid over het zittend ziekenvervoer. De dienstverlening van de vervoerder (bijvoorbeeld de wachttijden) én van CZ (bijvoorbeeld de snelheid van het afgeven van een machtiging) zijn onderwerp van de tevredenheidsmeting.

Klachtenmanagement

Klachten worden gezien als een kans om de dienstverlening van CZ te verbeteren. Het indienen van klachten is dan ook laagdrempelig. De gemiddelde afhandeltijd per klacht wordt zo kort mogelijk gemaakt (in 2004 gemiddeld 10 werkdagen). Inhoudelijk gaan klachten voornamelijk over de toepassing of de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden (het, gedeeltelijk, afwijzen van nota's) en over de administratieve procedures (snelheid van afhandelen).

Financiële resultaten

De financiële situatie van CZ kan uitstekend genoemd worden, met een uitstekende solvabiliteit en een gunstige nominale premie. Goede beleggingsresultaten in het recente verleden zijn hiervan mede een oorzaak. Zie ook de kerncijfers van CZ, bijlage 12.

Het oordeel van de klant

Tabel 7.8 geeft het oordeel van de CZ-verzekerde weer ten aanzien van het presteren van de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie, de administratiefunctie en de informatiefunctie.

Waardering door klanten van CZ Actief in gezondheid				
	1999	2001	2003	2005
Waardering door individuele klanten van CZ		(N = 195)	(N = 400)	(N = 400)
<i>Algemeen oordeel</i>	7,8	7,3	7,5	7,5
<i>Verkoopfunctie</i>				
Productkeuze: Verzekeringspakket Gegeven niet beschikbaar	---	---	---	---
<i>Zorginkoopfunctie</i>				
Over deze functie zijn geen vragen opgenomen in het KTO	---	---	---	---
<i>Administratieve functie</i>				
Notabehandeling:	7,9	7,0	7,7	7,5
Administratieve afhandeling	7,6	7,3	7,6	7,5
Machtigingen	7,2	7,3	7,4	7,6
<i>Informatiefunctie</i>				
Communicatie algemeen	7,3	7,1	7,1	7,1
Telefonische contacten	7,6	6,9	7,1	7,3
Balie/kantoorcontact	7,7	7,2		
E-mail contact				7,2
Klachtenafhandeling	6,2	6,9	6,1	5,0
Waardering door zakelijke klanten van CZ Actief in gezondheid				(N = 235)
Accountteam/binnendienst				7,5
Accountmanager				7,7
Administratieve afhandeling				7,5
Online systeem				7,2
Communicatie en informatie				7,4
Schriftelijke contacten en correspondentie				7,4
Klachtenafhandeling				6,6

Tabel 7.8: Waardering door klanten van CZ, in de onderzoeksperiode

Bron: KTO Research International onder drie verzekeraars bij individuele klanten

Oordeel van de toezichthouder

Het oordeel van CTZ over de uitvoering van de ziekenfondswet door CZ is positief, zie tabel 7.9.

Oordeel van CTZ over CZ			
Jaar	Eind-oordeel	Sterke punten	Verbeterpunten
2003	Ruim voldoende	<ul style="list-style-type: none"> - Alle prestatie-indicatoren scoren 'goed' m.u.v. de verbeterpunten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verzekerdenadministratie: controles op de betrouwbaarheid, conform de richtlijnen in- en uitschrijven - Controle op verwijzingen - Receptencontroles - Resultaatgerichte kwaliteitsafspraken bij overeenkomsten - Materiele controles - Controles op medische verklaringen ziekenvervoer
2004	Goed (45:50)	<ul style="list-style-type: none"> - Alle prestatie-indicatoren scoren 'goed' m.u.v. de volgende punten, die 'voldoende' scoren: zorginkoop kraamzorg en ambulancezorg, betalingsorganisatie en opvolging onderzoek 2003. 	<ul style="list-style-type: none"> - Betalingsorganisatie: het beheer van zorgverlenersbestanden

Tabel 7.9: Oordeel van CTZ over CZ

In 2004 zijn de prestatie-indicatoren voor het eerst van een weging voorzien. CZ scoort in 2004 in totaal 45 punten van de maximaal te behalen 50 punten.

7.2. Agis Zorgverzekeringen

Het profiel van Agis Zorgverzekeringen

Agis is een gespecialiseerde, landelijk werkende zorgverzekeraar zonder winstoogmerk. De organisatie ontstaat in 1999 uit een fusie van de regionale zorgverzekeraars Anova, Anoz en ZAO². De ontstaansgeschiedenis van Agis, van 1987 tot 2006 wordt geschetst in figuur 7.4.

Het hoofdkantoor van Agis is sinds 2003 gevestigd in Amersfoort, waar sinds 2005 alle 2000 medewerkers werken. In 2005 heeft Agis circa 1,7 miljoen verzekerden. In 2004 is het gemiddelde marktaandeel van het ziekenfonds 14,2%: Agis is daarmee in 2004 het grootste ziekenfonds van Nederland.

² Anova Verzekeringen heeft het hoofdkantoor in Amersfoort, Anoz Verzekeringen heeft het hoofdkantoor in Apeldoorn en het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO Zorgverzekeringen) heeft vestigingen in stadsdelen van Amsterdam en in Almere.

De organisatie profileert zich met 'uitstekende zorgverzekeringen (brede vergoedingen) tegen een voordelige prijs'. Vanuit de traditionele werkgebieden van de ziekenfondsen waaruit Agis is ontstaan, is de organisatie sterk vertegenwoordigd in de regio's Amsterdam en omstreken, Utrecht/ Amersfoort en Apeldoorn en omstreken. De organisatie is verantwoordelijk voor de uitvoering van vier zorgkantoren, voor de regio's Utrecht, Amsterdam, Almere, 't Gooi en Apeldoorn/Zutphen en omstreken.

Missie

In 2004 formuleert Agis de volgende missie: 'Agis is een maatschappelijk ondernemende zorgverzekeraar die zich inzet voor de gezondheid van haar leden en garandeert dat ze goede en betaalbare zorg krijgen als ze die nodig hebben' (jaarverslag 2004). Agis benadrukt in het jaarverslag het sterke, historisch gegroeide solidariteitsgevoel van de organisatie. 'Iedereen is welkom bij Agis': jong, oud, (chronisch) ziek en gehandicapt, werkgevers, werknemers en mensen zonder werk, autochtoon en allochtoon, religieus en niet religieus.

Klanten en producten

Agis heeft van de ziekenfondsen in Nederland het grootste bestand van allochtone verzekerden en besteedt hier ook speciale zorg aan. Zo heeft Agis speciale voorzieningen voor allochtone Nederlanders, zoals een servicecentrum in Marokko en Turkije. Een dergelijk initiatief in Spanje is in 2002 overwogen maar niet gerealiseerd. In 2004 worden voorbereidingen getroffen voor servicepunten in Suriname, op de Antillen en Aruba. In 2004 wordt bovendien een contract getekend met de Stichting Pacemaker in Global Health in Amsterdam, gericht op de verbetering van de gezondheidszorg voor Nederlanders met een niet-Nederlandse achtergrond. Ook in het personeelsbestand wil Agis een evenredige vertegenwoordiging van etnische minderheden realiseren.

Agis sluit contracten met gemeentelijke sociale diensten (GSD) om uitkeringsgerechtigden en minima een uitgebreid pakket te kunnen bieden tegen een aantrekkelijke prijs. In 2004 wordt een intentieverklaring getekend met de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland en de Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO), waardoor leden zich zonder medische acceptatie collectief aanvullend kunnen verzekeren. Ook zijn samenwerkingsovereenkomsten gesloten met de Reumapatiëntenbond, het Astmafonds, de belangenorganisatie van mensen met botontkalking en de Dwarslaesie Organisatie Nederland. Voor 2006 sluit Agis collectieve contracten met de Diabetesvereniging Nederland, Vakbond De Unie en CJP-leden.

De particuliere markt is al enkele jaren een speerpunt voor Agis, om een betere balans aan te brengen in het verzekerdenbestand. De organisatie richt zich daarbij op loongrensoverschrijders, studenten, ondernemers en ambtenaren. Voor de zakelijke markt wil Agis maatwerk leveren. Op de klein-zakelijke markt richt men zich met de Zorgpolis MKB vooral op startende ondernemers, in de wetenschap dat voor deze groep de gezondheid van vitaal belang is in verband met de continuïteit van de onderneming. Voor het bedienen van middelgrote en grote bedrijven (meer dan 100 medewerkers) wordt in 1999 een nieuw bedrijf opgericht: Cardian. Dit bedrijf richt zich op de collectieve markt en werkt uitsluitend met intermediairs. Ook preventie en arbeidsgelateerde klachten maken deel uit van het productenaanbod. Cardian verdwijnt in 2003 als merk weer van de markt en wordt dan een productnaam voor de tussenpersonenmarkt. Agis bedient in 2005 ruim 2.400 werkgevers via een collectief contract. Tot 2006 voert Agis ook de wettelijke politieverzekering uit via de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (DGVP)³.

Het productenpakket van Agis bestaat uit de ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekering en aanvullende verzekeringen. Voor mensen met een religieuze achtergrond is een zorgverzekering van Pro Life Zorgverzekeringen mogelijk, een onderdeel

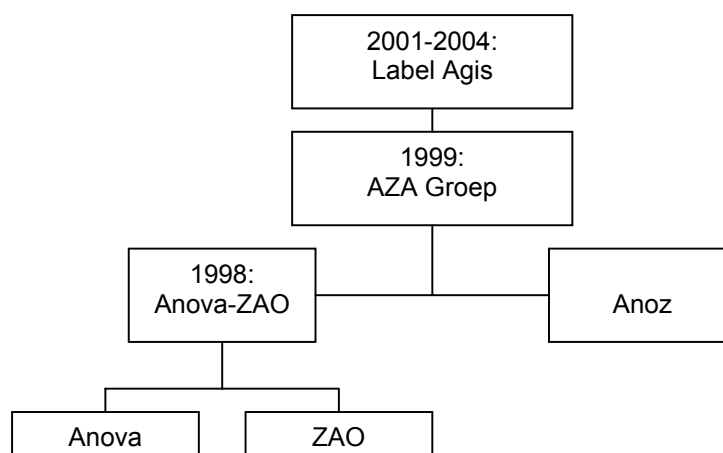
³ Via een Europese aanbesteding wordt de DGVP-collectiviteit voor 2006 aanbesteed. CZ biedt lagere premies voor de aanvullende verzekeringen, waardoor Agis deze collectiviteit vanaf 2006 kwijtraakt aan CZ.

van Agis. Agis hanteert vier distributie-/bedieningskanalen: traditioneel direct individueel (verspreid over het hele land zo'n 40 winkels, spreekuren en een mobiel servicepunt, callcentra en post/mailings), Internet, Direct collectief (werkgevers, GSD en patiëntenverenigingen) en tussenpersonen en volmachten.

7.2.1. De organisatieontwikkeling van Agis

Fusie van Anova-ZAO en Anoz

De drie ziekenfondsen waaruit Agis is ontstaan, hebben elk een sterk sociaal-maatschappelijk profiel. ZAO is van de drie organisaties landelijk het meest in beeld. In 1988 is ZAO een stedelijk ziekenfonds met veel specifieke problemen, zoals aids en daklozen. De particuliere portefeuille is klein en ondergebracht bij de bovenbouworganisatie het Zilveren Kruis. Deze grootstedelijke problematiek is onvoldoende verdisconteerd in de dan gehanteerde vereveningsmethodiek, waardoor financiële problemen dreigen te ontstaan. Hier gaat begin jaren '90 van de twintigste eeuw dan ook alle energie van het topmanagement in zitten. De invoering van de regiofactor in de verevening is levensreddend voor ZAO, maar de organisatie blijft kwetsbaar op het punt van de zorgkosten. ZAO is eind jaren '90 van de vorige eeuw het enige ziekenfonds met een ISO-certificaat voor het zorginkoopproces, maar de verkoop- en de administratiefunctie zijn duidelijk minder sterk ontwikkeld. ZAO heeft drie redenen voor schaalvergroting: het versterken van de verkoop- en de administratiefunctie, het vergroten van het werkgebied om ook grote collectiviteiten goed te kunnen bedienen en het verminderen van de financiële kwetsbaarheid van de organisatie. Om het verzekerdenbestand zoveel mogelijk een afspiegeling te laten zijn van het gemiddelde van Nederland, is uitbreiding van het aantal particuliere verzekerden noodzakelijk.



Figuur 7.4: Ontstaansgeschiedenis Agis, van 1987 tot 2006

In 1997 gaan ZAO en Anova een samenwerkingsverband aan en in 1998 wordt een begin gemaakt met de uniformering van de bedrijfsprocessen en de ICT van beide organisaties: er ontstaat een ICT-servicemaatschappij. De band met het Zilveren Kruis wordt verbroken. Direct daarop, in 1998 onderzoekt het adviesbureau Boer & Croon de mogelijkheid van een fusie met Anoz. Het versterken van de particuliere portefeuille en een gezamenlijke IT-ontwikkeling zijn de voornaamste redenen hiervoor. Het bedienen van het zakelijke segment en risicospreiding vereisen ook schaalvergroting. Op 1 januari 1999 fuseren Anova-ZAO en Anoz. Het doel van de fusie wordt omschreven als: 'het creëren van een sterke, maatschappelijk betrokken Groep die via zelfstandige, regionaal opererende werkmaatschappijen

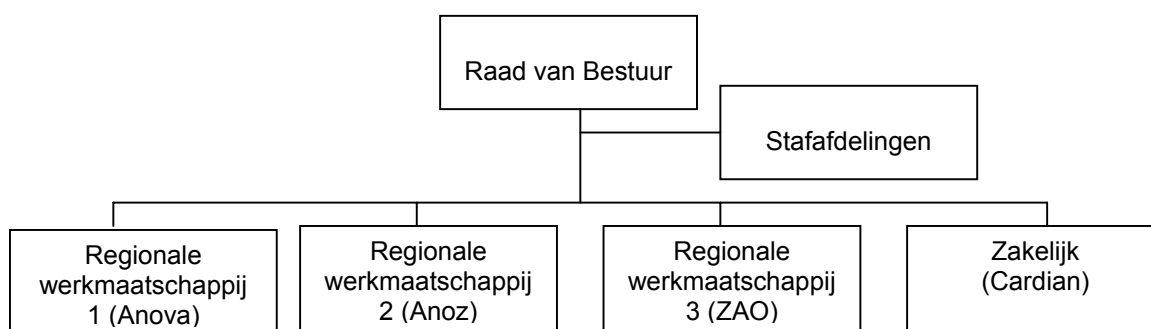
mensen verzekert van goede toegang tot kwalitatief hoogwaardige zorg'. De afzonderlijke werkgebieden sluiten goed op elkaar aan en versterken de positie in Midden- Nederland. De AZA-Groep heeft 4,6 miljard gulden omzetverantwoordelijkheid, 1,64 miljoen ziekenfonds-verzekerden en 84.000 particuliere verzekerden die worden bediend door 1900 medewerkers. De particuliere poot is dus nog steeds relatief klein. Het sociaal-maatschappelijke elan van ZAO wordt dominant voor de nieuwe AZA-Groep.

Omgevingsanalyse juni 1998 door ZAO-Anova en Anoz

- In de markt (ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, schade- en levensverzekeringen en bancaire producten) is samenwerking en schaalvergroting aan de orde van de dag;
- Zorg, werk en inkomen zijn steeds meer met elkaar verbonden: privatisering van de sociale zekerheidswetgeving, privatisering van de UVI's, kansen op het gebied van de zakelijke markt (collectivisering), economies of scale in de back offices en mogelijkheden voor cross selling;
- De rol van de ziekenfondsorganisaties (Zfw en AWBZ) neemt toe maar ook de uitdagingen:
 - 1986: op 43 mrd gulden: Zfw 15mld (35%), AWBZ 10 mld (22%) en overig 18 mld (43%)
 - 1998: op 67 mrd gulden: Zfw 23mld (35%), AWBZ 25 mld (36%) en overig 19 mld (29%)
 - door toename van het financiële risico wordt schadelastbeheersing belangrijker
 - door liberalisering wordt de concurrentie (op prijs) heviger. Lage beheerskosten per verzekerde wordt belangrijker
- Het belang van de markt voor (particuliere) zorgverzekeringen neemt toe (meer concurrentie, groeimarkt, strategisch interessant voor risicospreiding, want politiek resistent);
- Het aantal collectieve contracten in zorgverzekeringen neemt snel toe;
- De markten voor leven en schade, met name van belang voor employee benefit, vertonen groei;
- De product-markt-distributiecombinaties in de branche nemen toe (toenemende diversiteit in distributie en marketing);
- Nederland wordt steeds minder een verzorgingsstaat en steeds meer een verzekeringsstaat.

Vier werkmaatschappijen

De AZA-Groep kent een strategisch-financieel besturingsmodel: de Raad van Bestuur stelt het strategische beleid en het financiële kader vast, waarbinnen de werkmaatschappijen en het nieuwe zakelijke bedrijf opereren. Op diverse gebieden (producten, marketing, distributie, processen, ICT) worden de organisaties gelijkgeschakeld om de schaalvoordelen te realiseren. De drie regionale werkmaatschappijen bedienen de individuele markt (ziekenfonds en particulier) binnen een vastgestelde geografische regio. Zij zijn zo veel mogelijk autonoom om zelf beleid te maken en daarbij zijn zij resultaatverantwoordelijk. Zij voeren een eigen productie-, schade-, verzekerden- en financiële administratie. Gemengde en zuiver particuliere collectiviteiten vallen onder de vierde werkmaatschappij 'Cardian' genoemd. De schotten tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerden worden in de verkoop- en marketingfunctie opgeheven, maar niet in de administratie. Een cultuurontwikkelingstraject moet de nieuwe AZA-cultuur bevorderen. Steekwoorden hierbij zijn: klantgerichtheid, kostenbewustzijn, initiatief, innovatie, persoonlijke ontwikkeling, plezier in het werk, openheid, respect en company pride. De organisatiestructuur ziet er in 1999 uit als figuur 7.5. Naast de regionale werkmaatschappijen kent de Groep 8 concernstaven: Personeel en Ontwikkeling (P&O), Organisatie-ontwikkeling (OO), ICT Staf en ICT Services, Financiën en Controlling (F&C), Treasury en Vermogensbeheer (T&V), de Interne Accountantsdienst (IAD), het Economisch Bureau (EB) en het Concernbureau (CB).



Figuur 7.5: Organisatiestructuur AZA Groep 1999

Een uniforme planning en controlcyclus en centrale beleidskaders vormen de basis voor de uitvoering van de diverse bedrijfsprocessen. De autonomie van de werkmatschappijen staat buiten kijf. De pay-off wordt: *we weten het van dichtbij*. 'Voor de interne organisatie van de Groep is een balans gekozen tussen een zo groot mogelijke efficiency in de bedrijfsvoering enerzijds en ruimte voor ondernemerschap op het niveau van de werkmatschappijen anderzijds'. De concernstaven zijn dus primair gericht op de ondersteuning van de RvB bij de besturing van het concern en niet op de werkmatschappijen. 'Als de werkmatschappijen besluiten om activiteiten die onder hun verantwoordelijkheid vallen geconcentreerd als service uit te laten voeren door de concernstaven, blijven de werkmatschappijen hiervoor verantwoordelijk', meldt de AzetA nota. Het initiatief voor deze interne uitbesteding van taken ligt dus bij de directies van de werkmatschappijen. Deze voorzichtige formulering duidt erop dat de integratie van de oorspronkelijke ziekenfondsen in eerste instantie beperkt blijft tot de hoofdlijnen van beleid en tot de ondersteunende functies.

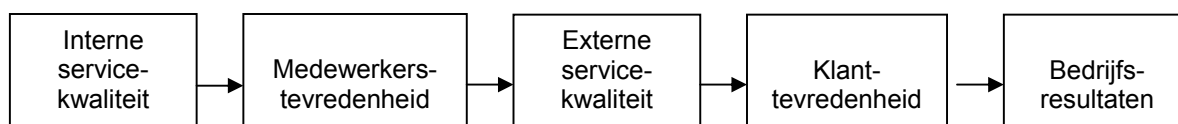
In 1998 komt de AZA Groep uit op een negatief resultaat van 27 miljoen gulden, veroorzaakt door de fusiekosten. Ook het resultaat zonder deze fusiekosten (3 miljoen positief) valt fors tegen, omdat de kosten van verstrekkingen Ziekenfondswet weer veel hoger zijn dan het ontvangen budget van de Ziekenfondsraad. Het nacalculatie- en vereveningssysteem komt ook voor de Groep ongunstig uit. Het beleid richt zich dan op het vergroten van het aantal verzekerden en op het beter benutten van de schaalvoordelen om de exploitatiekosten te drukken.

Focus 2004

In de jaren 2000 en 2001 stijgt de financiële nood van de organisatie: toenemende zorgkosten gecombineerd met een tegenvallend beleggingsresultaat zijn hiervoor verantwoordelijk. De structuur met autonome werkmatschappijen is te duur en te traag qua besluitvorming en daardoor niet langer houdbaar. De groep start een reorganisatieprogramma onder de naam 'Focus 2004'⁴. Het doel van deze reorganisatie is de volledige integratie van de drie werkmatschappijen Anova, Anoz en ZAO en het verbeteren van de interne en externe dienstverlening.

Het motto van Focus 2004 wordt Goed, Snel en Makkelijk (GSM). De service-profit-chain wordt de leidraad van dit programma. Interne servicekwaliteit leidt tot tevreden en gemotiveerde medewerkers, zij vormen de basis voor een goede dienstverlening aan klanten, dit leidt tot een hogere klanttevredenheid en daardoor tot betere bedrijfsresultaten. Schematisch ziet de service-profit chain er uit als figuur 7.6.

⁴ De externe adviseur die bij Zorgverzekeraar VGZ het CONDOR-project mee vorm heeft gegeven, is sinds 2003 lid van de Raad van Bestuur bij Agis. Hij leidt 'in een andere tijd en met nieuwe inzichten' nu mede het Focus 2004 programma.



Figuur 7.6: Service-profit chain

SWOT analyse van Focus 2004

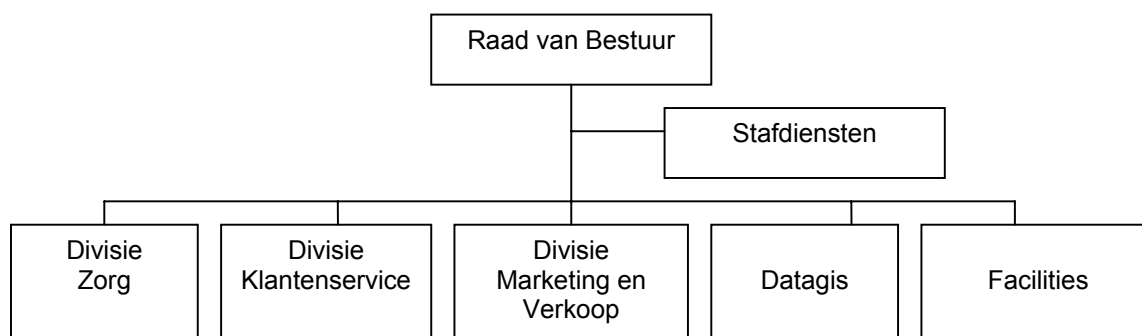
In 2000 constateert de nota Focus 2004 dat de fusie na twee jaren belangrijke resultaten heeft opgeleverd: de klanten zijn bediend, er is één ICT-systeem gerealiseerd, het personeelsbeleid en de planning- en controlcyclus zijn geüniformeerd en er is een Agis-gevoel ontstaan. Dit is echter onvoldoende in het licht van interne en externe ontwikkelingen:

De organisatie is naar binnen gericht en niet besluitvaardig genoeg. De interne communicatie over doelstellingen en bereikte resultaten kan verbeterd worden. De medewerkertevredenheid kan beter. Nieuwe producten zijn intern onvoldoende bekend. De organisatiekosten zijn te hoog. De organisatie is onvoldoende klantgericht, het inzicht in klantbehoeften en klanttevredenheid is te beperkt. Verbeterpunten zijn ondermeer de kwaliteit van de administratieve processen, de bereikbaarheid van de organisatie, het bieden van extra service, meedenken met het bedrijfsleven ten aanzien van ziekteverzuim en een marktconforme prijs.

De druk van de omgeving is daarbij sterk toegenomen. De politiek stuurt op de komst van een basisverzekering en op een nieuwe rol voor zorgverzekeraars: die van regisseur in de zorg. De concurrentie is toegenomen: 'Nooit eerder hebben we de strijd moeten aanbinden met minder maar sterkere concurrenten die zich bovendien bedienen van zeer agressieve marketingmethoden. Alleen de sterke merken zullen overleven'. De klant is daarbij ook mondiger geworden. Minder service en dienstverlening zijn een reden om over te stappen (dissatisfiers) en het internet-shopperen neemt toe. Voor particulieren zijn de merken Anova, ZAO en Anoz geen aanbeveling: eens een ziekenfonds, altijd een ziekenfonds. Ten slotte wordt de werkgever steeds belangrijker. De komst van de basisverzekering zal een toename van collectieve contracten betekenen.

De sense of urgency om zaken te veranderen en te verbeteren is hoog. De organisatie is te diffuus geworden, verantwoordelijkheden zijn niet duidelijk en de interne en externe druk zijn hoog. Er is onder de medewerkers voldoende draagvlak voor een verdere integratie en concentratie van werkzaamheden.

De organisatie gaat enkele jaren financieel gezien door een diep dal. Focus 2004 leidt tot de omvorming van de drie werkmaatschappijen tot één bedrijf: Agis Zorgverzekeringen. De organisatie wordt nu opgezet vanuit markt-units (MU's) die verantwoordelijk zijn voor de verkoop en het aanbod van zorgverzekeringen en –diensten en voor de zorginkoop en zorgorganisatie. Alle niet-frontoffice taken worden geconcentreerd in shared service centers (SU's: Service Units) en concernstaven, zie figuur 7.7.



Figuur 7.7: Organisatiestructuur Agis na Focus 2004

Stafdiensten:
Bestuursbureau
Financiën
Communicatie

Research en Development
Personeel en Ontwikkeling
Processen en ICT

Interne Accountantsdienst

Focus 2004, het veranderingsproces

Het Focus 2004-programma is ingrijpend voor de medewerkers. Vooraf wordt overeengekomen dat er geen gedwongen ontslagen zullen vallen. Bij het bepalen van de boventalligheid wordt primair gekeken naar de anciënniteit, om de objectiviteit te waarborgen. Het Focus Mobiliteitscentrum (FMC) begeleidt mensen die weg moeten of weg willen. Via de 90-minutenregeling kan iemand zich namelijk vrijwillig boventallig laten verklaren als hij door een gedwongen standplaatswijziging meer dan 90 minuten voor een enkele reis kwijt is. Tussen juni 2001 en december 2002 worden 216 medewerkers geholpen door het FMC. Ruim 90 mensen vinden intern een andere functie, 60 mensen vinden extern werk. Ruim 100 mensen maken gebruik van de bezwaar- en beroepsprocedure. Voor niet-boventallige medewerkers wordt een verhuiskostenregeling, een reiskostenregeling en een reistijdcompensatie overeengekomen.

De werkwijze en de bedrijfscultuur veranderen. De Focus Klankbordgroep peilt regelmatig hoe medewerkers de veranderingen ervaren en hoe groot het draagvlak is voor Focus 2004. Via exitgesprekken worden de redenen voor vertrek gepeild. In het jaarverslag 2003 wordt gemeld dat de sfeer en de motivatie te lijden hebben gehad onder de Focus-operatie. Er wordt een nieuwe start gemaakt met een cultuurtraject in een personeelsbijeenkomst, waar de kernwaarden 'gedreven, open, realistisch en mensgericht' centraal worden gezet.

De dagelijkse productie lijdt onder de ingrijpende veranderingen. De achterstanden die hierdoor ontstaan worden met vereende krachten weggewerkt: 'Bij de administratie werken veel van onze mensen op zaterdag over, medewerkers uit de winkel komen een dag in de week meehelpen, secretariaatskrachten nemen de invoer van adreswijzigingen voor hun rekening, stafmedewerkers verwerken de opzeggingen' (jaarverslag 2002). Agis verbetert de processen en de correspondentie en 'onderzoekt daarbij welke termijnen de klant acceptabel vindt voor bijvoorbeeld het uitbetalen van declaraties en het ontvangen van de polis'. Producten en systemen worden uniform gemaakt en de organisatiekosten dalen door het programma met 10%.

Integratie en concentratie

Focus 2004 leidt tot een volledige integratie van de oorspronkelijke ziekenfondsen en tot de concentratie van alle werkzaamheden in één gebouw. Het personeelsbestand wordt structureel afgebouwd met 300 fte (vast en tijdelijk). Drie callcenters worden samengevoegd op één locatie, er komt één administratiesysteem, het aantal winkels wordt verkleind en het aantal servicepunten wordt uitgebreid. De werkvoorraden worden weggewerkt en er kan weer aandacht besteed worden aan de kwaliteit van het werk. De huisvesting van de organisatie betekent aanvankelijk voor 800 medewerkers verhuizen van de kantoren in Apeldoorn, Amsterdam en Leeuwarden naar huisvesting in Amersfoort en Leusden. In 2004 wordt het integratietraject afgerond en uiteindelijk wordt in augustus 2005 de hele organisatie op één locatie in Amersfoort gehuisvest, met uitzondering van het ex- en incassoproces dat in Leeuwarden uitgevoerd blijft.

Agissimo

Vanaf 2003 vindt Agis de weg omhoog. Het Focus 2004 programma is succesvol. Het jaar 2003 staat voor herstel van de financiële positie, verbetering van de rechtmatigheid en verhoging van de klanttevredenheid. Desondanks is de solvabiliteit nog niet sterk en zijn verzekerden weggelopen, zie de kengetallen. In mei 2003 wordt een intentieverklaring

getekend om te fuseren met ONVZ, maar deze besprekingen ketsen af door verschillen van inzicht over de verdere vormgeving van de fusie-organisatie.

Om de gerealiseerde verbeteringen vast te houden en te versterken, de vermogenspositie te verbeteren en de commerciële slagkracht te vergroten wordt begin 2005 het programma Agissimo opgezet. Dit programma moet in het perspectief van de overgang naar de basisverzekering per 1 januari 2006, de bedrijfsprocessen, de ICT en de organisatie verder stroomlijnen. De organisatiestructuur wordt opgezet in divisies voor Commercie, Zorg, Betalingsverwerking en Zorgkantoor (voorlopige benamingen).

De divisie Commercie heeft als doelstelling het maximaliseren van een rendabel verzekerdenbestand met een hoge klanttevredenheid tegen acceptabele kosten. De divisie verenigt alle activiteiten die gericht zijn op werving en behoud van verzekerden en bewaakt binnen Agis de klanttevredenheid. De divisie wordt ingericht langs de distributie-/bedieningskanalen: Traditioneel direct individueel (winkels/callcenter/post/mailings), Internet, Direct collectief en Traditionele tussenpersonen en volmachten. De verzekerdenadministratie wordt ingericht met aparte verwerkingsteams en telefoonteam. De reden hiervoor is dat administratieve medewerkers niet automatisch goed zijn in telefoon beantwoorden. In dalperioden is het mogelijk om administratieve werkzaamheden te laten verrichten door call agents en in piekperioden kunnen administratieve medewerkers met het juiste profiel ook telefoon beantwoorden. De callcenteractiviteiten worden zoveel mogelijk geplaatst bij de processen waar de telefoontjes betrekking op hebben. Eenvoudige en complexe werkzaamheden worden niet gescheiden. Er wordt een kop-staart verwerking binnen de teams nagestreefd. Teams zijn niet groter dan 15 tot 20 fte's (20 tot 25 medewerkers). De divisie Commercie krijgt drie stafafdelingen: marketing (inclusief communicatie), kwaliteit (AO Beheer, opleidingen, procesbewaking, P&A⁵ coördinatie) en klanttevredenheid (inclusief klachtenbehandeling).

De divisie Betalingsverwerking heeft als doelstelling het snel en foutloos afhandelen van declaraties en premie-incasso tegen minimale kosten met helderheid voor de klant en de zorgverlener. De divisie kent aparte teams voor declaraties van verzekerden en van zorgverleners. Deze zorgaanbiederteams handelen ook het telefoonverkeer van zorgverleners af. Er zijn aparte teams voor het afhandelen van machtigingen. De afstemming met de divisie Zorg wordt bereikt via een gelijke opdeling in verstrekkingensoorten. Een stafafdeling Kwaliteit wordt verantwoordelijk voor de kwaliteitscontrole, fraude en procesverbetering en relatiebeheer.

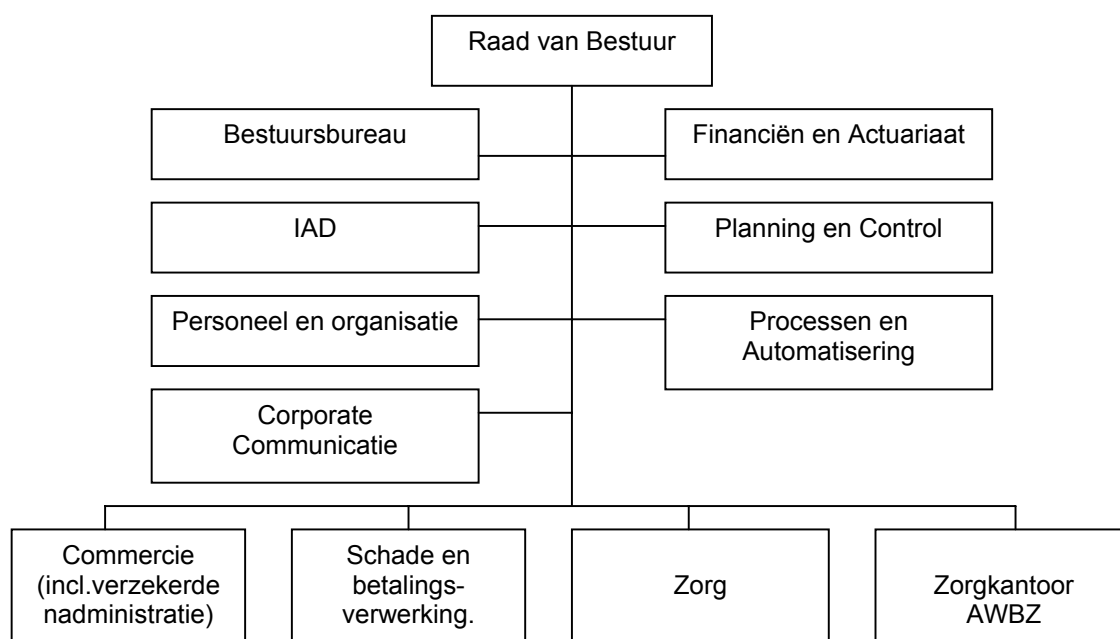
De divisie Zorg heeft als doelstelling het borgen van de toegankelijkheid tot kwalitatieve zorg met beheersing van de schadelast en administratieve kosten. De divisie wordt ingericht via de verstrekkingensoorten. Een stafafdeling Zorgstrategie wordt verantwoordelijk voor 'Kwaliteit nieuw beleid en innovatie (KNBI) en market intelligence, materiële controle en Beheer Overeenkomsten.

Het Zorgkantoor tot slot (verantwoordelijk voor 3,2 miljoen klanten), wordt nu als een aparte entiteit opgezet, omdat in de komende jaren (na 2006) naar verwachting de nodige wijzigingen zullen worden aangebracht in de AWBZ. Een aparte divisie waarborgt dat deze ontwikkelingen voldoende aandacht krijgen. De ketenregie in de zorg wordt gewaarborgd door een goede aansluiting met de divisie Zorg. Deze divisie bundelt alle activiteiten die tot 2005 toe verspreid in de organisatie werden uitgevoerd: zorginkoop AWBZ, Bureau Zorgtoewijzing/wachttijstbemiddeling en de zorgkantooradministratie.

Ook de centrale staf- en service-units worden opnieuw ingericht. Activiteiten die indirect waarde toevoegen voor de klant worden nu zoveel mogelijk binnen de divisies geplaatst. De nieuwe organisatiestructuur ziet er uit als figuur 7.8.

Deze organisatiestructuur betekent opnieuw een structurele vermindering van de personele formatie. Alleen al door de invoering van de nieuwe zorgverzekering zullen naar verwachting 70 fte vrijvallen. De aanpassing van ICT-systemen zal in de automatisering 80 fte opleveren. In totaal wordt een inkrimping van het personeelsbestand voorzien van 250 fte, nog exclusief reducties bij stafafdelingen en facilitaire zaken.

⁵ P&A: processen en automatisering



Figuur 7.8: Organisatiestructuur Agis na Agissimo, in te voeren vanaf 2006

De verkoopfunctie

De verkoopfunctie van Agis is in de periode 1999-2005 sterk geprofessionaliseerd onder de druk van de omgeving. 'In de periode 1987 – 2005 is eerst de administratie dominant geweest, vervolgens de zorginkoop en ten slotte de functies marketing, verkoop, ICT en financiën. Dat zijn in 2005 de dominante functies binnen Agis'.

De professionalisering van de verkoopfunctie is zichtbaar in een vernieuwd management, nieuwe functies binnen de divisie Commercie, de toegenomen omvang van het personeel voor deze functie, de nadrukkelijke plaats van de verkoop in het beleid van Agis, de ontwikkeling van een integraal klantbeeld en een klantsegmentatie gekoppeld aan rendement, de hoogte van de reclamebudgetten en in de marketingstrategie.

Merkenbeleid

Het bouwen en onderhouden van een merk kost veel geld. De strategie van Agis is vanaf 2000 gericht op het creëren van een monomerk met een nieuw modern imago: het corporate merk Agis. Deze omlabeling wordt in een aantal jaren gerealiseerd, zie tabel 7.10.

Merken in:	2001	2002-2003	2004
Ziekenfondsmarkt:	Anova, ZAO, Anoz	Agis wordt toegevoegd aan de merken Anova, ZAO, Anoz	Agis wordt monobrand voor ziekenfonds, particuliere verzekering en collectiviteiten
Particuliere markt:	Agis	Agis	
Collectiviteiten:	Per situatie bekijken	Per situatie bekijken	
Tussenpersoonmarkt	Cardian	Cardian als merk verdwijnt. Dit wordt een productnaam op de tussenpersoonmarkt	

Tabel 7.10: Van Anova, ZAO en Anoz naar Agis

Parallel aan deze omvorming van merken wordt de positionering van Agis vernieuwd. De regionale benadering van verzekerden wordt in drie jaar tijd omgezet naar een landelijke corporate campagne voor alle producten met specifieke doelgroepgerichte campagnes (DGVP, Cardian, Pro Life, Horeca). Eind 2003 wordt het nieuwe reclameconcept gepresenteerd 'Zo is Agis'. Het beoogde profiel van Agis wordt samengevat in de kernwaarden: gedreven, open, realistisch en mensgericht. 'Agis wil geen gewone zorgverzekeraar zijn, maar een actieve beweging in de zorg' (jaarverslag 2003). Er wordt een nieuw magazine ontwikkeld voor ziekenfonds- en particuliere verzekerden.

Nieuwe producten en diensten

Ook de producten van Agis worden omgevormd. Agis kent in 2001 meer dan 100 varianten in de particuliere verzekeringen en een vergelijkbaar aantal aanvullende verzekeringen. Deze complexiteit werkt fouten in de hand. Per 1 januari 2002 worden alle particuliere ziektekostenverzekeringen geconverteerd naar de Agis-Basispolis. Alle aanvullende verzekeringen worden per 1 januari 2002 geüniformeerd, de Agis aanvullende polis. Collectiviteiten met minder dan 100 deelnemers worden standaard/maatwerk polissen. Collectieve contracten met meer dan 100 deelnemers zijn maatwerk polissen.

Voor de klein zakelijke markt ontwikkelt Agis voor startende ondernemers de Zorgpolis MKB. In 2003 introduceert Agis de Verzuimmanager, bedrijven van 20 tot 100 medewerkers kunnen hulp krijgen bij de 'jungle' van wetten, regelgeving en financiële verplichtingen in het geval van langdurig verzuim. Cardian, van oorsprong een particuliere zorgverzekeraar, richt zich via intermediairs op de grote ondernemingen met honderden werknemers met een employee benefits pakket. Via www.agisweb.nl en www.dokterdokter.nl kunnen verzekerden terecht voor medische vragen.

Verzekerdenaantallen

Het aantal verzekerden van Agis loopt sinds 2000 terug. Dit verzekerdenvlies is gedeeltelijk te verklaren door de fusie en de reorganisatie Focus 2004. 'Een fusie en de nasleep hiervan door de noodzakelijke reorganisaties gaan tenminste enkele jaren ten koste van de klantgerichtheid van een organisatie. Het gemeenschappelijke verleden verdwijnt, de ziel van de organisatie is weg, de zo noodzakelijke informele organisatie moet opnieuw opgebouwd worden', aldus de voorzitter van de Raad van Bestuur van Agis. Een andere verklaring voor het verzekerdenvlies kan de prijs zijn: Agis is qua nominale premie een van de duurdere ziekenfondsen. Bij de stelselherziening van 2006 is Agis de grootste verliezer van de zorgverzekeraars. De collectivisering van de markt is hiervan een voorname oorzaak.

De zorginkoopfunctie

Agis staat bekend als een betrokken en innovatieve zorginkoper: de organisatie is gericht op zorgvernieuwing en wil risicovolle zaken aanpakken. De zorginkoopfunctie van Agis laat over de periode 1987 – 2005 wel een sterke verzakelijking zien. Agis wenst dat productieafspraken worden nagekomen en dat zorgaanbieders tijdig declareren, zodat het inzicht in de kostenontwikkeling verbetert. 'Wat beter kan moet beter. Wat minder kan, moet minder' stelt Agis in het jaarverslag 2003. De inkoop van zorg vraagt om een nieuw evenwicht tussen solidaire zorginkoop voor iedereen en een zakelijke en vraaggestuurde contractering voor de eigen verzekerden van Agis.

Agis benadert de zorgaanbieders sinds 2005 als een partner: men zoekt de toegevoegde waarde van de zorgaanbieders en probeert in gezamenlijkheid de problemen van de zorgaanbieders te analyseren en op te lossen. In 2003 ontwikkelt Agis in samenwerking met NIVEL de Amerikaanse CAHPS (Consumer Assessment Health Plan Survey) voor toepassing in de Nederlandse gezondheidszorg. Het doel hiervan is om zelf, als zorgverzekeraar, de ervaringen van consumenten met zorgverlening te onderzoeken met gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten. Met de resultaten hiervan kan de kwaliteit van zorg

verbeterd worden doordat de beloning afhangt van de kwaliteit van de geleverde diensten (pay for performance). In 2005 sluiten meerdere zorgverzekeraars zich bij dit initiatief aan.

De formatie die wordt besteed aan de zorginkoopfunctie verandert van aard. De traditionele adviserend geneeskundige wordt vervangen door een accountmanager. Ook de bedrijfsvoering wordt geprofessionaliseerd. In 2003 wordt een nieuw contractenregister opgezet om te voldoen aan de eisen van het CVZ en het CTZ ten aanzien van de contractering.

Voorbeelden van zorg en zorgvernieuwing door Agis, vanaf 2000

Contractering van drie Rutgershuizen om de zorg rond anticonceptie, medisch-seksuologische hulpverlening en geboortepanning toegankelijk te houden.

Contract met Groot Expertisebureau om gratis hulp te bieden aan verzekerden die door toedoen van anderen letselschade hebben opgelopen door een ongeval.

WWW.agiszorgkantoren.nl opgezet om de informatievoorziening te verbeteren.

Terugdringing van het geneesmiddelengebruik.

Stichting Tand-wiel moet met een bus het tandartsentekort in Utrecht verminderen.

Opvang van verslaafden in het stationsgebied in Utrecht.

De Agis Diabetes Test voor diabetici.

Het financieel ondersteunen van de landelijke stoppen-met-roken actie.

Een maagmiddelenproject om het chronisch slikken van maagmiddelen terug te brengen.

Trombose Digitaal Logboek, een online patiëntendossier voor trombosediensten en patiënten (in 2004 genomineerd voor de Europe Awards voor Health).

de Agis Reisdokter.

Trainingsprogramma 'Met Agis in beweging'.

Agis garandeert haar klanten voor vier behandelingen een maximale wachttijd en biedt via een afdeling Zorgservice wachttijdbemiddeling aan.

Samenwerking met Etos (vanaf 2004) om medicijnservicepunten in te richten in de winkels van Albert Heijn en in Etos-winkels.

Tabel 7.11: Zorgvernieuwing door Agis

Zorginkoopbeleid en zorgkostenbeheersing

Agis besteedt bij de zorginkoop veel aandacht aan specifieke doelgroepen. Voor vrouwen boven de 45 jaar met klachten over de menopauze, incontinentie of een verzakking gaat Agis een samenwerking aan met 'Alant Vrouw', het eerste medische centrum in Nederland dat zich toelegt op de behandeling van bekkenbodemp- en overgangsklachten. Voor diabetespatiënten worden een preventie- en later een voorlichtingsprogramma ontwikkeld. Ook knelpunten in de zorg worden aangepakt: Agis betaalt de opleiding van extra kraamverzorgers en financiert een noodvoorziening voor inwoners van Utrecht die geen huisarts hebben.

Agis kampt naar eigen zeggen al jaren met een te krap zorgkostenbudget, veroorzaakt door het feit dat de hogere zorgconsumptie in de randstedelijke gebieden, waar Agis marktleider is, niet wordt verdisconteerd in de normuitkeringen waarmee het zorgkostenbudget is opgebouwd. De landelijk exploderende zorgkosten in 2002 leiden dan ook tot problemen bij Agis. In 2004 wordt een programma van schadelastbeperking opgezet om na de organisatiekosten ook de zorgkosten onder controle te krijgen. Acties die worden ondernomen zijn het gericht en intensief uitvoeren van de formele en materiële controles. De lobby om het normuitkeringensysteem aan te passen wordt voor de invoering van de nieuwe zorgverzekering geïntensiveerd.

Wachttijstbemiddeling

Agis heeft een afdeling Zorgservice waar wachttijstbemiddelaars zich inzetten voor verzekerden die te lang op een behandeling moeten wachten. De afdeling Zorgservice realiseert in 2002 voor 3.200 verzekerden een wachttijdbesparing van 471,9 jaar. De jaren daarna doen verzekerden vaker een beroep op deze service, zoals tabel 7.12 laat zien. De klantwaardering voor deze service is hoog: klanten geven Agis een 7,9 hiervoor.

Resultaten zorgservice individueel	2003	2004	2005
Aantal verzoeken om wachttijstbemiddeling	3356	4493	4367
Gemiddelde wachttijd in weken	9,6	12,2	11,5
Gemiddelde besparing in weken	6,8	7,9	8,0

Tabel 7.12: Wachttijstbemiddeling door Agis

De administratieve functie

De administraties van Anova, ZAO en Anoz zijn vanaf 2002 geïntegreerd. 'De administratieve functie is de harde infrastructuur van een zorgverzekeraar. Deze moet perfect functioneren om ook de verkoop- en zorginkoopfunctie optimaal te laten functioneren'. Maatregelen die Agis genomen heeft om de dienstverlening te verbeteren, doelmatiger te gaan werken en goed voorbereid te zijn op de nieuwe zorgverzekering zijn onder andere: het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid, het verbeteren van het proces van premie-incasso, het verbeteren van de betrouwbaarheid van de gegevens van ziekenfondsverzekerden door gebruik te gaan maken van de Gemeentelijke Basisadministratie en Rinis. Tot 2006 worden een ziekenfondsadministratie en een particuliere administratie onderscheiden.

7.2.2. De resultaten van Agis**Waardering van de omgeving door Agis**

In de periode 1987 tot 2006 zien de geïnterviewden binnen Agis als belangrijkste omgevingsfactoren de toegenomen financiële verantwoordelijkheid en de hoger wordende solvabiliteits-eisen. Op basis van het voorgaande wordt de omgeving van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006 door de geïnterviewden van Agis als volgt getypeerd, zie tabel 7.13. De verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie en de administratiefunctie is op de dimensies van de omgeving subjectief gescoord op een vijfpuntsschaal voor het jaar 1987 en voor het jaar 2005. Deze vijfpuntsschaal loopt van 1 tot 5. De score 'één' betekent stabiel, de score 'drie' betekent neutraal en de score 'vijf' betekent dynamisch.

Stabiliteit

De omgeving van een zorgverzekeraar is in 2005 meer dynamisch dan in 1987. Deze dynamiek is voor de verkoopfunctie het meest toegenomen (van 1 naar 5) door de toegenomen concurrentie. Voor de administratie is de dynamiek het minst toegenomen (van 2 naar 3). De omgeving van de zorginkoop is al meer dynamisch dan in 1987 (van 3 naar 4), maar hier zal de dynamiek naar verwachting nog veel verder toenemen.

Waardering van de omgeving in 1987 en in 2005 door Agis						
Dimensie van de omgeving:	Verkoopfunctie		Zorginkoopfunctie		Administratiefunctie	
	1987	2005	1987	2005	1987	2005
Stabiel – Dynamisch	1	5	3	4	2	3
Simpel – Complex	1	2	2	4	2	3
Geïntegreerd – Gediversifieerd	1	5	2	5	2	3
Gunstig gestemd – Vijandig	1	3	2	4	3	3

Tabel 7.13: Waardering van de omgeving in 1987 en in 2005 door Agis

Complexiteit

De complexiteit van de omgeving is flink toegenomen vergeleken met 1987. Denk aan de regelgeving (eigen bijdragen, eigen risico's, no-claimregelingen) en aan het toegenomen zorgaanbod (Zelfstandige Behandelcentra, privéklinieken). Een zorgverzekeraar onderhoudt in 2005 veel meer relaties met de omgeving dan in 1987. Voor de verkoopfunctie is die complexiteit nauwelijks toegenomen (van 1 naar 2).

Diversiteit

De diversiteit van de markten is enigszins toegenomen (van 1 naar 2), maar de zorgverzekeraars zijn geografisch nog steeds zeer geconcentreerd bezig, zoals de marktaandelen aantonen.

Vijandigheid

De vijandigheid van de omgeving is zowel op de verzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt sterk toegenomen. Voorbeelden hiervan zijn de verharding van de onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars door de toenemende concurrentie, het innemen van de posities bij het inkopen van zorg en de ontwikkeling van de ziekenhuisfinanciering via DBC's. De individuele macht van een zorgverzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders is toegenomen door de toegenomen contracteervrijheid, evenals de collectieve macht van zorgverzekeraars. Daarnaast is de beleving van die macht bij zorgaanbieders overtrokken, waardoor zij soms heftig reageren.

De positie van Agis in de Nederlandse gezondheidszorg

'Van een polis wordt niemand beter', stelt de voorzitter van de Raad van Bestuur van Agis. Uiteindelijk gaat het er om dat het in de zorg beter gaat. Een zorgverzekeraar is daarom geen regisseur in de zorg maar voorwaardenscheppend. 'We moeten oppassen dat een zorgverzekeraar niet zijn eigen doelen gaat najagen'.

Agis is een groot voorstander van de basisverzekering. 'Het huidige besturingssysteem, dat dateert uit de jaren vijftig van de vorige eeuw, is een systeem dat verantwoordelijkheidsgevoel minimaliseert en bureaucratie stimuleert' (jaarverslag 2002, p.29). Het nieuwe stelsel moet kwaliteit bevorderen, samenhang en samenwerking stimuleren, maar bovenal verantwoordelijkheden benoemen.

Beleid: score op de dimensies van een bureaucratische organisatie*Centralisatie en hiërarchie*

De organisatie werd en wordt centraal aangestuurd. De Raad van Bestuur bemoeit zich persoonlijk en intensief met de zorginkoopfunctie. De mogelijkheid om de politieke arena te

beïnvloeden is een belangrijke succesfactor voor een zorgverzekeraar. Ook de impact van de concentratie, integratie en vervolgens reorganisatie maakt het leiderschap cruciaal: 'iedereen kijkt naar boven'.

Het aantal hiërarchische lagen is afgenomen: er zijn in 2005 maximaal vier lagen zichtbaar binnen de organisatieonderdelen. De integratie van de werkmaatschappijen en de concentratie van de medewerkers op één locatie hebben een positief effect gehad op de ontwikkeling van de personele formatie: deze is fors afgenomen en zal vanaf 2006 nog verder afnemen.

Specialisatie

De specialisatie is toegenomen. Dit is zichtbaar in nieuwe functies en nieuwe taken binnen bestaande functies.

Formalisatie en standaardisatie

De bedrijfsprocessen zijn na de integratie en concentratie van alle medewerkers opnieuw ontworpen en sterk verbeterd. De formalisatie is vooral bij de administratieve functie hoog.

Gevolgen voor het personeelsbeleid

Het personeelsbeleid is aangescherpt op de veranderende omgevingseisen. Vroeger betekende een dienstverband bij een zorgverzekeraar een behoorlijke mate van zekerheid. 'Die zekerheid is tegenwoordig niet meer te geven'. Er worden steeds hogere eisen gesteld aan de klantgerichtheid en aan de communicatieve vaardigheden van medewerkers. Medewerkers worden beoordeeld op basis van competenties. Ook het management wordt ingericht voor de toekomst. Er wordt een managementscan uitgevoerd en er wordt gestart met een managementontwikkelingsraad, waardoor een interne kweekvijver voor de hogere managementfuncties wordt gerealiseerd.

Het personeelsbeleid is in 2005 veel zakelijker ingericht dan in 1987. Het belang van optimale bedrijfsprocessen en snelheid in de administratieve processen is sterk toegenomen. Daarentegen zijn medewerkers 'van negen tot vijf'-werkers geworden. Het organisatiebelang en het personele belang kunnen alleen verenigd worden als over en weer duidelijke afspraken over de te realiseren doelstellingen worden gemaakt. Het organisatiebelang prevaleert.

Beleid: de ontwikkeling van de klantgerichtheid

Definitie van klantgerichtheid door Agis

In de jaarverslagen staat de klantgerichtheid van de organisatie als volgt verwoord: 'Een klant die positief over ons praat is de best denkbare reclame (jaarverslag 2002). Agis richt zich op de kleine dingen die het grote verschil maken: vriendelijk zijn, echt luisteren, begrip tonen, serieus met klachten omgaan, afspraken nakomen en altijd proberen net dat beetje meer te doen dan men verwacht. Zo is Agis'.

Een klantgerichte zorgverzekeraar dient de administratieve processen en daarmee de ICT perfect op orde te hebben. Dit is de harde infrastructuur van een zorgverzekeraar waar ook de verkoopfunctie en de zorginkoopfunctie op varen. Een goed inzicht in de wensen en de ervaringen van klanten is daarbij cruciaal. Tot slot is het gevoel belangrijk om deel uit te maken van een club. De klant wordt steeds meer betrokken in het administratieproces via initiatieven als 'Mijn Agis', waardoor verzekerden zelf mutaties kunnen aanbrengen en zaken kunnen raadplegen.

De informatiefunctie is bij Agis geprofessionaliseerd door de telefonie eerst volledig weg te halen bij de administratiefunctie en onder te brengen in een generiek callcenter. Hier is een professionele manager van buiten voor aangetrokken, worden medewerkers getoetst op hun kennisniveau, worden periodiek mysterycalls uitgevoerd en er wordt meegeluisterd met gesprekken om de kwaliteit te beoordelen. Omdat soms specifieke kennis noodzakelijk is, is

een callcenter tweede lijn ingericht die wordt bemenst met medewerkers die die specifieke kennis bezitten. Ook worden terugbelafspraken gemaakt als een vraag van een verzekerde eerst uitgezocht moet worden. Om de klantgerichtheid van Agis verder te verbeteren zal een deel van het callcenter weer teruggebracht worden naar de administratieteams, om sjabloonantwoorden te voorkomen.

Agis heeft een afdeling 'Groepsvoorlichting' die zeer actief is in bejaardencentra en moskeeën. Ook gaan Agis-medewerkers regelmatig 'de straat op' om service te verlenen, te luisteren en te praten met het publiek over wat Agis voor hen kan betekenen (jaarverslag 2004).

Inspiraak van verzekerden

Het hoogste orgaan binnen Agis is de Ledenraad, een belangrijk klankbord voor de leiding. Daarnaast wordt inspraak gerealiseerd door de inzet van klantenpanels, samenwerking met de Consumentenbond en met zes regionale patiëntenconsumentenplatforms.

De ontwikkeling van het klantbeeld

Voor Agis heeft het klantbeeld zich ontwikkeld van een wettelijk verplichte verzekerde (jaren '80), naar een verzekerde die invloed heeft op de organisatie (jaren '90) naar een 'lid van de club'. De oorspronkelijke segmentatie van ziekenfondsverzekerde en particuliere verzekerde is sinds 2000 uitgebreid naar een doelgroepenbeleid gebaseerd op rendement.

De klant zelf is in de onderzoeksperiode sterker geworden, onder andere doordat hij veel beter is geïnformeerd. De vergelijkingssites leggen de nadruk op de prijs, waardoor de keuze van de verzekerde bij de overgang naar het nieuwe zorgstelsel sterk door de prijs wordt beïnvloed.

Metten van de klanttevredenheid

Agis meet de klanttevredenheid via klantonderzoek (tweejaarlijks) en klantenpanels. Daarnaast zoekt Agis contact met klanten in de winkels en de mobiele servicepunten. Het terugkoppelen van de resultaten van KTO's naar de bedrijfsprocessen is een verbeterpunt.

Financiële resultaten

De financiële resultaten van Agis Zorgverzekeringen hebben enkele jaren zwaar onder druk gestaan. De beheerskosten zijn incidenteel negatief beïnvloedt: in 1998/1999 door de fusiekosten en in de jaren 2001/2004 door de integratiekosten van het programma 'Focus 2004'. Ook de schadelast is zorgelijk geweest omdat 'de kosten van de verstrekkingen in het kader van de Ziekenfondswet in het afgelopen jaar (1998) beduidend hoger waren dan de budgetten die de Ziekenfondsraad hiervoor ter beschikking stelt'. In 2002 kent Agis een financieel moeilijk jaar met een verlies van bijna 60 miljoen euro. Dit resultaat is het gevolg van beleggingsverliezen, onverwacht hoge zorgkosten door een toegenomen consumptie en een ontoereikend budget. Hierop wordt gereageerd met een zorgkostenbeheersingsprogramma: 'Agis wil niet langer betalen voor de inefficiency in de zorg en maakt strikte afspraken met zorgverleners over de kwaliteit, de kosten maar ook over de kwantiteit en de maximale groei in de vraag naar zorg'. In 2003 wordt weer een kleine winst gerealiseerd en in 2004 is de organisatie er financieel weer bovenop met een positief resultaat van 96,7 miljoen euro. Zie ook de kerncijfers van Agis, bijlage 13.

Oordeel van de toezichthouder

Het oordeel van CTZ over de uitvoering van de ziekenfondswet door Agis is in de jaren 2000 – 2005 gestegen, zie tabel 7.14. In 2002 worden nog diverse verbeterpunten geconstateerd die verband houden met de integratie van de administraties van de drie ziekenfondsen en met de achterstanden veroorzaakt door de reorganisatie Focus 2004.

Oordeel van CTZ over Agis			
Jaar	Eind-oordeel	Sterke punten	Verbeterpunten
2003	Voldoende	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerdenbelangen: informatieverstrekking en inspraak • Kwaliteitsafspraken in overeenkomsten • Huisartsenzorg • Beheerskosten: toerekeningssystematiek • Beleggingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Overeenkomsten en contractering Contracteringsgraad van 94,5% • Controle op verwijzingen • Materiële controle • Solvabiliteit: aanwijzing van het CTZ gekregen
2004	Ruim voldoende (38:50)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle prestatie-indicatoren scoren goed, m.u.v. verzekerenadministratie, ambulancezorg, AO/IC, betalingsorganisatie M&O en materiële controles, solvabiliteit, kwaliteit verantwoordingsrapportage en opvolging onderzoek 2003, die voldoende scoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderdelen van de regeling administratie en controle ziekenfondsen: tijdig uitschrijven, opleggen schadeforfaits • AO en IC: onderdelen van de beschikbaarheid en continuïteit geautomatiseerde systemen: systeemontwikkeling/change management procedures, probleem en incidentmanagement, logische toegangsbeveiliging • Betalingsorganisatie: onderdelen beheer zorgverlenersbestanden, EDP-audits op elektronisch betalingsverkeer • Misbruik en oneigenlijk gebruik: tijdigheid materiële controles

Tabel 7.14: Oordeel van CTZ over Agis

In 2004 zijn de prestatie-indicatoren voor het eerst van een weging voorzien. Agis scoort in 2004 in totaal 38 punten van de maximaal te behalen 50 punten.

Oordeel van de klant

De klant zelf is in de onderzoeksperiode sterk veranderd: de prestaties van Agis zijn na Focus 2004 sterk verbeterd, maar de verwachtingen van de klant over dat presteren zijn nog sterker gegroeid. Het rapportcijfer van klanten aan de service is in 2004 gestegen tot ruim een 7, zie tabel 7.15. De tevredenheid van het politiepersoneel (DGVP) steekt in 2004 en in 2005 ver uit boven de tevredenheid van verzekerden van de 23 andere zorgverzekeraars die aan het klantenmonitor onderzoek deelnemen.

Oordeel van de klant over de top-10 van belangrijkste tevredenheidsaspecten volgens Agis					
Tevredenheidsaspect	Jaar 2004	Jaar 2005	Jaar 2004	Jaar 2005	Bench-Mark
			DGVP	DGVP	
<i>Informatiefunctie:</i>					
Telefonische dienstverlening	6.9	7.3	8.3	8.5	7.4
Schriftelijke dienstverlening	6.3	7.1	8.1	8.0	6.8
E-mail	5.1*	7.6*	*	8.8*	7.2
Ongevraagd schriftelijke informatie	6.7	6.7	7.8	7.9	6.9
Internet	6.6	6.8	*	7.5	6.7
<i>Verkoopfunctie:</i>					
Polisdocument	7.2	7.3	7.8	8.0	7.1
<i>Administratiefunctie:</i>					
Premie afrekening	7.1	7.4	8.5	8.3	7.5
Wijzigingen afhandelen	5.8	7.7	8.0	8.3	6.8
Declaraties	7.0	7.5	8.2	8.4	7.4
Problemen afhandelen	3.7*	5.1*	*	6.1*	6.2
<i>Zorginkoopfunctie:</i>					
Aandacht zorgproces	6.3	6.7	7.0	7.6	6.8

Tabel 7.15: Oordeel van Agis-klanten. Bron: Klantenmonitor 2005

*: hiervoor zijn te weinig respondenten gevonden die ervaring hebben met dit bedrijfsproces. De score ontbreekt daarom of is indicatief.

7.3. Menzis zorg en inkomen

Menzis Zorg en Inkomen is benaderd voor dit onderzoek, maar heeft hierop niet gereageerd. Deze paragraaf is daarom zeer beknopt, geschreven op basis van gepubliceerde documenten en niet geverifieerd door de organisatie zelf.

Het profiel van Menzis, zorg en inkomen

Menzis is een landelijk werkende zorg- en inkomensverzekeraar en in de onderzoeksperiode 1987-2005 de 'jongste' van de zes grote zorgverzekeraars. De organisatie ontstaat door een fusie van Amicon zorgverzekeraar, Geové zorgverzekeraar en NVS zorgverzekeraar.

De organisatie profileert zich op haar website en in jaarverslagen als een innovatieve en ondernemende organisatie, behorend tot de top 4 van all care verzekeraars, die diensten biedt op het gebied van zorg, gezondheidsbevordering, verzuimreductie, Arbo en reïntegratie. 'Wij zijn het eerste label dat zorg en inkomen geïntegreerd aanbiedt' (jaarverslag 2004). De organisatie stelt de mens centraal en wil iedereen toegang bieden tot goede en betaalbare zorg, nu en in de toekomst. De organisatie onderschrijft de code Tabaksblat en handelt hiernaar. Sinds begin 2005 bedient Menzis 2,02 miljoen verzekerden met ruim 3.000 medewerkers. De organisatie is concessiehouder voor drie zorgkantoren: Groningen, Arnhem en Twente.

Klanten en producten

Menzis werkt voor individuele verzekerden, collectiviteiten en intermediairs.

Hierna zijn enkele teksten opgenomen uit jaarverslagen:

- De uitgesproken keuze voor de intermediairmarkt, te bedienen door Confior, zal vanaf 2005 resultaten moeten opleveren via de verkoop van integrale zorgpakketten.
- Menzis biedt producten en diensten onder meerdere labels.
- De veranderende situatie door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) en de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten biedt volgens Menzis kansen. De collectieve markt is voor Menzis een speerpunt, met een integrale benadering van zorg, verzuim en inkomen. Binnen Menzis wordt de Arbo-dienstverlening meer in de keten van zorg en inkomen gebracht.

Het innovatieve karakter van Menzis blijkt uit de volgende nieuwe producten en diensten, zie tabel 7.16.

Nieuwe producten en diensten van Menzis Zorg en Inkomen	
Jaar	Product/dienst
2003	Menzis zet beleid in om meer prijsconcurrentie in de markt van generieke geneesmiddelen te introduceren.
	CamCare: thuiswonende zorgbehoevenden kunnen visueel contact maken met een verpleegkundige via de eigen televisie.
	Project Model: Menzis opent eigen gezondheidscentra om het huisartsentekort op te vangen. Huisartsen werken samen met fysiotherapeuten en nurse practitioners. De bedrijfsvoering wordt ondersteund door een facilitair bedrijf, de Stichting Eerstelijns Zorg (SEZ).
2004	Menzis participeert in het preventieprogramma Flash, opgezet door het Ministerie van VWS. Flash staat voor Fietsen, Lopen, Actief sporten en Huishoudelijk werk. Het Amicon Health Plan biedt verzekerden aanbiedingen die gerelateerd zijn aan preventief handelen. Menzis WerkGezond is een combinatieproduct van interventieverzekering, verzuimverzekering en/of ziektekostenverzekering voor het MKB.
2005	Menzis stelt een Zorg Innovatieprijs in om zorginnovatie in het onderwijs te stimuleren.

Tabel 7.16: Nieuwe producten en diensten van Menzis

7.3.1. De organisatieontwikkeling van Menzis Zorg en Inkomen

Menzis is een fusieorganisatie van drie zorgverzekeraars, een Arbodienst en een reïntegratiebedrijf:

Amicon zorgverzekeraar is marktleider in Midden- en Oost Nederland met 1,1 miljoen verzekerden en 1.250 vaste medewerkers die werkzaam zijn in twee locaties, Enschede en Wageningen. Amicon biedt naast zorgverzekeringen ook reis- en uitvaartverzekeringen aan.

Geové is marktleider in Noord-Nederland en zelf ontstaan uit een fusie van Geové en RZG. Vanuit Groningen en Velp werken ruim 885 medewerkers voor 611.000 verzekerden.

In april 2004 verwerft Menzis DKV Nederland NV (Rijnmond en NVS verzekeringen). NVS zorgverzekeraar biedt zorgverzekeringen en verzekeringen op het gebied van arbeidsongeschiktheid aan particulieren en bedrijven en werkt vanuit Rotterdam.

Anderzorg is een online zorgverzekeraar die alleen via Internet werkt. De organisatie biedt gegarandeerd de laagste premie van Nederland.

Ardyn arbo en advies staat met 220.000 aangesloten werknemers in de top tien van landelijk werkende arbodiensten. Ardyn ondersteunt met ruim 400 medewerkers werknemers en werkgevers bij het creëren van goede arbeidsomstandigheden, het beheersen van ziekteverzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid.

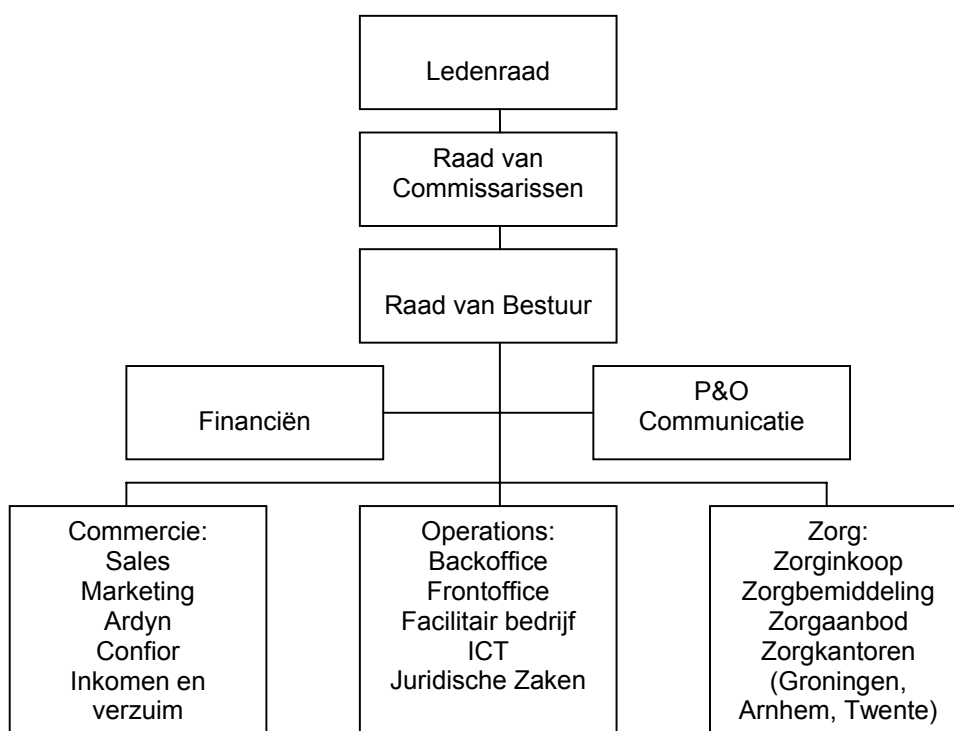
Prové reïntegratie begeleidt arbeidsgehandicapte werknemers binnen een jaar naar ander werk. Prové biedt reïntegratiediensten aan, aan bijvoorbeeld mensen met een (bijstands-)uitkering en zelfstandigen en individueel gerichte diensten zoals mediation en workshops over relevante wetgeving.

Confior, sinds 2005 de nieuwe naam voor Nederzorg en Rijnmond, biedt integrale pakketten voor zorg- en inkomensverzekeringen, sociale zekerheid, verzuim en Arbo- en reïntegratiediensten en is gericht op het intermediair.

Direct na de fusie blijft de organisatie vanuit zes locaties werken. In Zwolle is de holding gevestigd, waar de Raad van Bestuur en directie, Zorg, Commercie en de stafafdelingen P&O, Financiën en Corporate Communicatie gevestigd zijn. Ook het opleidingscentrum, de Menzis Academy zit hier. De administratie van de zorgverzekeringen is verspreid over de oorspronkelijke locaties van de fusiepartners: Groningen, Velp, Wageningen, Enschede en Rotterdam. In Groningen zitten Ardyn en Prové en het zorgkantoor Groningen. Ardyn werkt daarnaast vanuit twintig locaties in heel Nederland. In Enschede zijn de zorgkantoren Arnhem en Twente te vinden.

In 2004 'verlaat Menzis de vlootfilosofie met afzonderlijke werkmaatschappijen en kiest voor één Menzis-organisatie'. De integratie, die op 1 januari 2006 wordt afgerond, behelst het vereenvoudigen van de juridische rechtspersonen⁶, de toezichthoudende organen en de organisatiestructuur. 'Op drie plekken een marketingafdeling overeind houden is gewoonweg inefficiënt'. Per 1 september 2004 ontstaat een functioneel aangestuurde organisatie waarmee wordt beoogd de synergie te vergroten en de marktpositie te verbeteren. Dit is ook de datum dat de nieuwe ondernemingsraad aantreedt, de zittende bestuursvoorzitter met pensioen gaat en een nieuwe bestuursvoorzitter aantreedt. Een vierhoofdige Raad van Bestuur verdeelt de verschillende aandachtsgebieden. Een Projectteam Integratie (PTI) regisseert de tientallen projecten die worden uitgevoerd om te komen tot één Menzis-organisatie. Het natuurlijke conversiemoment naar de nieuwe zorgverzekering in 2006 wordt aangegrepen om intern de processen, (ICT-)systemen en organisatie te stroomlijnen en gelijk te schakelen. Het project 'Scope' leidt tot één uitvoeringsproces voor de gehele organisatie. De stafafdelingen Financiën, Communicatie en HRM worden als eerste geïntegreerd. Vanaf 1 juli 2004 treedt een Sociaal Plan in werking. Ook de locaties worden nu aangepakt. Zwolle huisvest de medewerkers van de holding en Menzis Zorg (geconcentreerd), nieuwbouw in Groningen biedt plaats aan medewerkers van Geové en Ardyn, de medewerkers van Velp verhuizen naar Wageningen. De regionale inbedding blijft dus overeind, door te werken vanuit Zwolle, Rotterdam, Groningen, Wageningen en Enschede.

⁶ Juridische entiteiten zijn vier ziekenfondsen (OWM Ziekenfonds Nederzorg UA, OZM Anderzorg UA, OWM Geové zorgverzekeraar UA, OWM Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds UA), twee particuliere verzekeraars (OWM Menzis Particulier UA, Rijnmond Zorgverzekeraar NV), twee schadeverzekeraars (Menzis Verzekeringen NV en NVS Rijnmond Inkomensverzekeraar NV), één assurantiebemiddelingsbedrijf (Menzis Bemiddeling BV) en twee Arbo-diensten (Ardyn BV en Ardyn Gezondheidszorg BV) en reïntegratiebedrijf Prové.



Figuur 7.9: Organisatiestructuur van Menzis per mei 2005

Tot 2005 wordt de regionale aanwezigheid benadrukt: 'Wij zijn dichtbij de klant, verankerd in de regio'.

De verkoopfunctie

De labels Amicon, Geové, NVS en Nederzorg worden in 2005 omgedoopt tot Menzis. In 2005 wordt 'de Menz' geïntroduceerd om het nieuwe Menzis-merk naamsbekendheid te geven. Deze naam staat voor 'een maatschappelijk betrokken en sociaal vooruitstrevend merk. Menzis staat voor innovaties in de zorg én sociale zekerheid, om duurzaamheid en toegankelijkheid te waarborgen voor haar verzekerden'.

Menzis bedient met de verschillende merken verschillende markten. Menzis is actief op de individuele markt en de collectieve markt. Met de overgang naar de basisverzekering realiseert Menzis een groei van de collectief verzekerden van 26% naar ruim 45%. Het 'vechtlablet' Anderzorg is een internetverzekeraar. Anderzorg realiseert met een lage ziekenfondspremie in 2005 een groei tot ruim 85.000 verzekerden. Het label stimuleert het gebruik van Internet om een goed serviceniveau te combineren met lage beheerskosten. In 2005 wint Anderzorg de Zilveren Spin Award, voor creatieve en interactieve communicatie. Confior richt zich op de intermediair en krijgt er in 2005 318 tussenpersonen bij. Ardyn/Prové is de arbodienst en het reïntegratiebedrijf van Menzis.

De zorginkoopfunctie

(Tekst uit jaarverslagen)

Het zorginkoopbeleid van Menzis is gericht op het toegankelijk en betaalbaar houden van goede zorg. Het solidariteitsprincipe kan behouden blijven als er geen geld wordt verspilld. Zorgkostenbeheersing is dan ook een speerpunt, net als zorgvernieuwing. Menzis profileert zich in het jaarverslag 2004 als een innovatieve, ondernemende zorginkoper. Het (her-)winnen van het vertrouwen van de zorgaanbieders staat sinds 2004 centraal. Er zijn veel

gedeelde belangen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de eigen regio onderhandelt Menzis zelf met 15 ziekenhuizen. Bij ziekenhuizen waar Menzis een redelijk marktaandeel heeft, wordt een inkoopcombinatie gevormd met VGZ en Agis. Zorgaanbieders die slechts weinig Menzisverzekerden behandelen krijgen een administratief contractvoorstel.

7.3.2. De resultaten van Menzis Zorg en Inkomen

Ook Menzis heeft de Balanced Score Card ingevoerd om de resultaten van de organisatie te meten. Voorbeelden van prestatie-indicatoren zijn de telefonische bereikbaarheid, het aantal afgehandelde klachten en het percentage ziekteverzuim.

Bijzondere resultaten

In 2004 ontvangt Amicon als eerste zorgverzekeraar het kwaliteitscertificaat ITO 2004, voor het snel en klantvriendelijk te woord staan van klanten via het call center in Enschede. De betrokken manager wordt door de vereniging van call center managers (CCMA) gekozen tot call center manager 2004 overall. Prové ontvangt in 2004 het kwaliteitskeurmerk van Borea, de brancheorganisatie van reïntegratiebedrijven en is hiermee gecertificeerd. Ardyn behaalt in 2004 van alle Arbo-diensten de hoogste score in de landelijke klantenmonitor.

Transparantie

Menzis onderschrijft de aanbevelingen uit het rapport Health insurance governance (2002) en de Code Tabaksblat (2003), hoewel deze laatste code strikt genomen niet van toepassing is op een zorgverzekeraar. Vanaf 2005 stelt Menzis een Audit Committee samen en neemt specifieke besluiten over de uitwerking van de onderdelen compliance en risicobeheer.

Oordeel van de toezichthouder

Het oordeel van CTZ over de uitvoering van de ziekenfondswet door Menzis is weergegeven in tabel 7.17. In 2004 is dit oordeel per ziekenfonds weergegeven.

Oordeel van CTZ over Menzis			
Jaar 2004	Eind-oordeel	Sterke punten	Verbeterpunten
Amicon	33:50	- Alle prestatie-indicatoren scoren goed of voldoende, met uitzondering van de afhandeling klachten	- Afhandeling klachten
Geové	35:50	- Alle prestatie-indicatoren scoren goed of voldoende, met uitzondering van de afhandeling klachten	- Afhandeling klachten
Anderzorg	31:50	- Alle prestatie-indicatoren scoren goed of voldoende, met uitzondering van de overeenkomsten	- Overeenkomsten

Oordeel van CTZ over Menzis			
Jaar 2004	Eind-oordeel	Sterke punten	Verbeterpunten
Nederzorg	31:50	- Alle prestatie-indicatoren scoren goed of voldoende, met uitzondering van de overeenkomsten	- Overeenkomsten

Tabel 7.17: Oordeel van CTZ over Menzis

7.4. Conclusies

Hier eindigt de beschrijving van de drie geselecteerde zorgverzekeraars. Op basis van het voorgaande kunnen de volgende zaken worden opgemerkt:

- Net als de geïnterviewden van Zorgverzekeraar VGZ beoordelen de geïnterviewden van CZ en Agis de veranderende omgeving voor de vier kernfuncties als meer dynamisch, meer complex, meer gediversifieerd en meer vijandig.
- Alle organisaties kiezen als respons op de veranderende omgeving voor schaalvergroting. Het tijdstip waarop dit gebeurt, is echter verschillend. Ook het proces van schaalvergroting verloopt verschillend. Alleen Zorgverzekeraar VGZ kiest vroeg (in 1989) voor een fusie ineens van zes ziekenfondsen en de particuliere bovenbouworganisatie. De andere zorgverzekeraars kiezen veel later voor schaalvergroting en zij volgen een meer geleidelijk tempo. (In juni 2006 maken Agis, Menzis en Delta Lloyd bekend dat zij opteren voor een fusie. In oktober 2006 geeft de NMa hiervoor toestemming)
- Net als de geïnterviewden van Zorgverzekeraar VGZ oordelen de geïnterviewden van CZ en Agis dat de organisatie ten opzichte van 1987 in 2005 hoger scoort op de vijf dimensies: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie.
- Alle zorgverzekeraars realiseren naar het oordeel van het CTZ een verbetering van de bedrijfsvoering.
- Alle zorgverzekeraars realiseren in 2005 een goed oordeel van de klant. Het is wel duidelijk dat het verwerken van een fusie en de daarbij behorende interne reorganisaties tijdelijk een dip geeft in het niveau van dienstverlening.

Zorgverzekeraar VGZ is zeker niet uniek in de zorgverzekeraarbranche, in die zin dat de in dit hoofdstuk beschreven zorgverzekeraars soortgelijke reacties op de veranderende omgeving laten zien.

8 De klantgerichte zorgverzekeraar

Dit laatste hoofdstuk kijkt nog eens naar de vraagstelling van hoofdstuk 1 en naar de theorie van hoofdstuk 2 en sluit de redenering.

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 is de feitelijke onderzoeksvraag beantwoord: 'Hoe gaat Zorgverzekeraar VGZ in de periode van 1987 tot 2006 om met de veranderende omgevingseisen van de overheid, toezichthoudende instanties en klanten, ten aanzien van de kernfuncties: informatie geven, het verkopen van polissen, het inkopen van zorg en de administratieve functie? Is VGZ hierin effectief geweest in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid?'. Om vast te stellen of Zorgverzekeraar VGZ anders heeft gereageerd dan andere zorgverzekeraars, is in hoofdstuk 7 beschreven hoe drie vergelijkbare zorgverzekeraars hebben gereageerd op diezelfde veranderende omgeving: CZ, Agis en Menzis. De conclusie van hoofdstuk 7 is dat Zorgverzekeraar VGZ niet uniek is. Daarmee kunnen de conclusies van de gevalsstudie VGZ nog niet veralgemeniseerd worden tot de gehele zorgverzekeraarsbranche in Nederland, maar er ontstaat toch een zeker beeld.

In dit hoofdstuk wordt tot slot de gedachtegang van figuur 1.1 nog eens nagelopen om tot de uiteindelijke conclusies te komen. Ter herinnering: deze figuur verwoordt de volgende gedachtegang:

- De wens tot meer klantgerichtheid en kostenbesparing is een motief voor de introductie van geregleerde marktwerking in de zorgverzekeraarbranche.
- De veranderende omgeving, veroorzaakt door de invoering van geregleerde marktwerking, leidt in de onderzoeksperiode over het algemeen tot schaalvergroting bij de zorgverzekeraars.
- Schaalvergroting gaat over het algemeen samen met een hogere score op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie (in de wetenschappelijke betekenis).
- De vraag is nu: gaat deze toegenomen bureaucratie wel samen met de wens tot meer klantgerichtheid en kostenbesparing?

Paragraaf 8.1 geeft aan wat de introductie van geregleerde marktwerking in de onderzoeksperiode voor effect heeft gehad op de zorgverzekeraars. Paragraaf 8.2 vat de reacties van de zorgverzekeraars nog eens samen en geeft een oordeel over de adequaatheid van deze reacties. Paragraaf 8.3 beantwoordt de vraag of de toegenomen bureaucratie (in de wetenschappelijke betekenis van het woord) samengaat met meer klantgerichtheid. Deze paragraaf doet ook aanbevelingen om periodiek te debureaucratiseren en de klantgerichtheid verder te vergroten. Paragraaf 8.4 besluit met een voorstel voor de integratie van de in hoofdstuk 5 gepresenteerde visies op de core-business van de zorgverzekeraar in de toekomst.

8.1. De contingentietheorie toegepast op zorgverzekeraars

Het analysemodel dat in hoofdstuk 3 is gepresenteerd (zie figuur 3.4) stelt dat het topmanagement van een organisatie de omgeving waarneemt en hieraan een betekenis hecht. Naar het oordeel van de geïnterviewden van Zorgverzekeraar VGZ is de omgeving in 2003 meer dynamisch, complex, gediversifieerd en vijandig dan in 1987. In 2005 bevestigen de geïnterviewden bij CZ en Agis deze waardering van de omgeving. Tabel 8.1 vat de

belangrijkste externe situationele factoren in de onderzoeksperiode samen en geeft daarbij aan wat het effect hiervan is geweest op het beleid en op de organisatie(structuur) van zorgverzekeraars.

Effect van de belangrijkste externe situationele factoren, op het beleid en de organisatie(structuur) van deze zorgverzekeraars, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de externe situationele factoren	Effect op het beleid en op de organisatie(structuur) van zorgverzekeraars
<p>De toegenomen financiële verantwoordelijkheid en risico's worden vrij algemeen als belangrijkste omgevingsverandering gezien in de onderzoeksperiode</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Meer financiële verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars, voor de zorgkosten en voor de beheerskosten ➤ gecombineerd met sterk stijgende zorgkosten in de onderzoeksperiode 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Veelal is schaalvergroting (fuseren) toegepast om de toegenomen financiële risico's te kunnen dragen (risico-egaliserie). ➤ Na schaalvergroting vindt vaak in meer of mindere mate integratie van de fusieorganisaties plaats. ➤ Na schaalvergroting en integratie worden backoffice-taken en/of frontoffice-taken deels of volledig geografisch geconcentreerd. ➤ Na schaalvergroting, integratie en concentratie worden veelal de bedrijfsprocessen gereorganiseerd, om de schaalvoordelen te incasseren. <p>Los van schaalvergroting wordt de toegenomen financiële verantwoordelijkheid onder andere gepareerd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ de ontwikkeling van de beleggingsfunctie; ➤ de ontwikkeling van risicomanagement; ➤ programma's ter bestrijding van fraude en misbruik; ➤ programma's om de beheerskosten terug te dringen: <ul style="list-style-type: none"> - vergaande automatisering, digitalisering - stimuleren van externe integratie met zorgaanbieders - stimuleren van externe integratie met collectiviteiten ➤ programma's voor zorgkostenbeheersing; ➤ programma's voor preventie (healthmanagement).
<p>Een tweede relevante omgevingsfactor is geweest het opheffen van de vaste werkgebieden voor de ziekenfondsen in 1992. Dit veroorzaakt dat ziekenfondsen hun monopoliepositie verliezen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Veelal kiezen de ziekenfondsen voor een landelijk werkgebied. Men zoekt actief groei buiten de traditionele werkgebieden. ➤ Het klantbeeld wijzigt: <ul style="list-style-type: none"> - verplicht ziekenfondsverzekerden worden individuele klanten; - individuele klanten verenigen zich in collectiviteiten;

Effect van de belangrijkste externe situationele factoren, op het beleid en de organisatie(structuur) van deze zorgverzekeraars, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de externe situationele factoren	Effect op het beleid en op de organisatie(structuur) van zorgverzekeraars
	<ul style="list-style-type: none"> - collectivisering leidt in de onderzoeksperiode tot een andere (collectieve) klant (de beslissende stem van een werkgever) die andere eisen stelt aan het functioneren van zorgverzekeraars.
<p>Het (zelf gekozen) beleid om een landelijk werkgebied te gaan bedienen, leidt in de onderzoeksperiode tot een geleidelijke toename van de concurrentie</p> <p>De verzekeringsmarkt laat in de onderzoeksperiode een geleidelijke collectivisering zien. Eind 2005 zet deze trend sterk door en ontstaan er ook horizontale collectiviteiten (los van werkgevers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontwikkelen en professionaliseren van de verkoopfunctie en de marketingfunctie: <ul style="list-style-type: none"> - verkoopbeleid ontwikkelen; - herijken van de distributiekkanalen naar aanleiding van het ontwikkelde verkoopbeleid; - klantsegmentatie ontwikkelen in het verkoopbeleid; - gerichte marketing op klantsegmenten; - toenemende budgetten voor marketing; - investeren in ICT-applicaties voor de verkoopfunctie (offertesystemen, CRM-systemen); - nieuwe functiebeschrijvingen (verzekeringsadviseurs worden accountmanagers); - uniformeren van werkwijzen. ➤ Minder landelijke afstemming tussen zorgverzekeraars over producten, diensten en prijzen om (tijdelijk) concurrentieel voordeel te realiseren (bijvoorbeeld ten aanzien van de nominale premie). ➤ Ontwikkeling van nieuwe producten en diensten. ➤ Ontwikkeling van een meer modern imago. ➤ Ontwikkelen van een verkoopbeleid voor de zakelijke markt. ➤ Ontwikkelen van beleid ten aanzien van intermediairs, assurantietussenpersonen en volmachten. ➤ Intensiveren van het relatiebeheer voor de zakelijke markt.
Een derde belangrijke ontwikkeling in de omgeving is de kleine convergentie tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering, gevolgd door de opheffing van dit onderscheid bij de invoering van de nieuwe zorgverzekering in 2006	<ul style="list-style-type: none"> ➤ In polisvoorwaarden, in de administratie, in de ICT-applicaties en in organisatie-uitingen laten vervagen en uiteindelijk laten vervallen van dit onderscheid.

Effect van de belangrijkste externe situationele factoren, op het beleid en de organisatie(structuur) van deze zorgverzekeraars, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de externe situationele factoren	Effect op het beleid en op de organisatie(structuur) van zorgverzekeraars
Ook de grote convergentie tussen zorg en sociale zekerheid is van belang	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontwikkelen van nieuwe producten en diensten op het gebied van arbo, ziekteverzuimbeheersing, reïntegratie et cetera. ➤ Ontstaan van nieuwe organisatieonderdelen op dit gebied. ➤ Ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met andere organisaties op dit gebied.
<p>Op de zorginkoopmarkt zijn de volgende omgevingsfactoren gewijzigd:</p> <p>De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing is ingezet en het recht op zorg wordt vastgelegd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder wordt zakelijker. ➤ Diversifiëren van het klantbeeld voor de zorginkoop (gezonde verzekerden, incidenteel zieke verzekerden, chronisch zieken). ➤ In kaart brengen van de zorgvraag . ➤ Zorgvernieuwing stimuleren.
<p>Zorgverzekeraars worden verantwoordelijk voor de zorginkoop en krijgen meer bevoegdheden op dit gebied.</p> <p>De contracteerplicht wordt geleidelijk opgeheven voor vrije beroepsbeoefenaren (1992)</p> <p>Tarieven worden steeds meer vrijgegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voor DBC's, B-segment (2003) - fysiotherapeuten (2005) <p>Zorginkoop wordt door de politiek als onderscheidend vermogen van een zorgverzekeraar gepropageerd.</p> <p>In 1998 wordt de uitvoering van de AWBZ opgedragen aan zorgkantoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionaliseren van de zorginkoopfunctie: <ul style="list-style-type: none"> - zorginkoopbeleid ontwikkelen; - hoger budget beschikbaar voor de zorginkoopfunctie; - zorginkopers krijgen nieuwe functiebeschrijvingen met meer bevoegdheden; - procesdenken introduceren bij de zorginkoopfunctie; - prestatie-indicatoren ontwikkelen voor interne sturing. ➤ Er worden hogere eisen gesteld aan de zorginkoop; <ul style="list-style-type: none"> - Volume, toegankelijkheid, kwaliteit en prijs; - Kwaliteitsparagraaf ontwikkelen in contracten met prestatie-indicatoren; - Voorkeursleveranciers aanwijzen; - Contracteringsgraad bewaken. ➤ De zorgkantoren worden ingericht: <ul style="list-style-type: none"> - werken aan behoud van verzekerden in de AWBZ regio's waar de zorgverzekeraar een concessie heeft, om deze te kunnen behouden; - ontwikkelen van een visitatie-instrument voor zorgkantoren; - verbeteren van de bedrijfsprocessen van het zorgkantoor.

Effect van de belangrijkste externe situationele factoren, op het beleid en de organisatie(structuur) van deze zorgverzekeraars, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de externe situationele factoren	Effect op het beleid en op de organisatie(structuur) van zorgverzekeraars
Er ontstaan (enige jaren) onacceptabele wachtlijsten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontwikkelen van wachtlijst- en zorgbemiddeling als nieuwe dienstverlening. ➤ Ontwikkelen van de gidsfunctie. ➤ Investeren in de zorg (bijvoorbeeld de medische callcentra.
De technologische ontwikkelingen zijn in de onderzoeksperiode fors toegenomen	<p>Voor de administratiefunctie en de informatiefunctie zijn deze ontwikkelingen doorslaggevend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ontwikkelen van externe integratie en digitalisering; ➤ mogelijk maken van massamutaties; ➤ vergaand automatiseren van verschillende controles in de administratie; ➤ ontwikkelen van Internet als distributie-, bedienings- en informatiekanaal; ➤ ontwikkelen van diverse nieuwe applicaties voor de vier kernfuncties.
De klant stelt hogere eisen aan het functioneren van zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontwikkelen van resultaatgerichtheid (prestatie-indicatoren met normen, metingen). ➤ Resultaten van klanttevredenheidsonderzoek en klachten benutten om de bedrijfsprocessen te verbeteren. ➤ Professionaliseren van de telefonie. ➤ Professionaliseren van de informatiefunctie. ➤ Ontwikkelen van een public affairs functie om de omgeving pro-actief te beïnvloeden.
<p>Daarnaast is de modernisering van het toezicht belangrijk geweest in de onderzoeksperiode</p> <p>Ook de maatschappelijke druk op meer transparantie is toegenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De code Tabaksblatt - Transparantieladder - Eind 2005 zijn diverse vergelijkingssites beschikbaar voor verzekerden: KiesBeter.nl (RIVM), Productvergelijker Zorgverzekeringen.nl (Consumentenbond), Independer.nl - ZekerZorg.nl, Verzekeringssite.nl - Veelbesparen.nl, Zorgkiezer.nl - ZorgPlanet.nl 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontstaan van nieuwe functies om aan toezichteisen en eisen t.a.v. externe verantwoording te voldoen. ➤ Ontwikkeling van inspanningsgerichtheid naar resultaatgerichtheid in de organisatie: meetbare prestatie-indicatoren geven inzicht in de kwaliteit van de bedrijfsvoering. ➤ Ontwikkelen van het jaarverslag tot een maatschappelijk verslag. ➤ Transparantie als onderscheidend vermogen ontwikkelen.

Tabel 8.1: Toepassing van de contingentietheorie op zorgverzekeraars in de periode 1987 – 2006

De kern van de contingentietheorie is dat effectieve organisaties een bij hun omgeving 'passende' organisatiestructuur hebben. In tabel 8.1 is aangegeven hoe de meest relevante externe situationele factoren te koppelen zijn aan het beleid, de organisatiestructuur en de ontwikkeling van de bedrijfsprocessen van zorgverzekeraars. Met behulp van de contingentietheorie kan de ontwikkeling van de ziekenfondsen uit 1987 tot de zorgverzekeraars van 2006 dus goed verklaard worden.

Toepassing van de andere benaderingen van de relatie tussen een organisatie en haar omgeving (zie paragraaf 2.2.2) werpt niet veel meer licht op de zaak. De resource dependence theorie wijst op het belang van de beschikbaarheid van hulpbronnen. Belangrijke hulpmiddelen voor een zorgverzekeraar zijn kwalitatief goed en voldoende personeel en een uitstekende ICT-structuur. Het personeel is in de onderzoeksperiode geen (grote) belemmering geweest voor zorgverzekeraars. De benodigde investeringen in de ICT zijn wel een van de redenen geweest om schaalvergroting toe te passen. De belangrijkste 'resources' waar zorgverzekeraars echt op concurreren zijn de gezonde verzekerden. De geschiedenis heeft echter bewezen dat de 'slechte risico's' die dan overblijven toch weer opgenomen moeten worden door de branche als geheel. Het afschaffen van de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering zijn hier memorabele voorbeelden van.

De population ecology-theorie benadrukt dat de omgeving de macht heeft om de beste organisaties te selecteren. Alleen de organisaties die het best de behoeften en wensen van de omgeving dienen, kunnen beschikken over de benodigde middelen. Deze benadering is bruikbaar in een sterk concurrerende omgeving, maar minder bruikbaar in een omgeving waar weinig concurrentie bestaat. In de onderzoeksperiode is de concurrentie tussen zorgverzekeraars toegenomen, maar zeker niet hevig. Het fuseren van ziekenfondsen kan enerzijds gezien worden als een vorm van selectie, maar anderzijds als een natuurlijke vorm van aanpassing aan de veranderende omgeving. Als de omgeving werkelijk de macht zou hebben om de 'beste zorgverzekeraars' te *selecteren*, kan dit theoretisch leiden tot een monopolie van één zorgverzekeraar (de beste) of tot het faillissement van slecht presterende zorgverzekeraars. Beide extreme situaties zijn onwenselijk en hebben ernstige consequenties voor het vertrouwen van verzekerden in het hele systeem. De budgettering van ziekenfondsen en het toezicht op hun functioneren zijn dan ook gericht op het voorkomen van deze situaties. De wijze waarop in de praktijk de branche zelf de zwakkere of op enig moment te kleine organisaties opneemt, namelijk door fusies of door het overdragen van verzekerdenportefeuilles aan andere organisaties, verdient de voorkeur. Wellicht is naast de contingentietheorie vooral de institutionele theorie inzichtgevend: zorgverzekeraars spelen een rol in een omgeving die van hen vraagt om die rol te spelen. Zij imiteren daarbij min of meer elkaars handelwijze (iso-morfisme).

Een transformatieproces van twintig jaar

Uit het voorgaande blijkt dat de omgeving in de onderzoeksperiode grote invloed heeft gehad op de ziekenfondsen. In 2006, na de invoering van de stelselherziening zijn zij, op vijf uitzonderingen na, opgegaan in relatief grote zorgverzekeraars, zie tabel 8.4. De contingentietheorie veronderstelt deze relatie tussen omgeving en organisatie, maar zegt niets over de vereiste reactiesnelheid. Het beschreven transformatieproces heeft echter wel lang geduurd. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk.

Van der Grinten (1997) memoreert al dat de bestuursstructuur en –cultuur¹ van de Nederlandse gezondheidszorg is ontstaan in een langgerekt ontwikkelingsproces van ruim anderhalve eeuw. Er ligt geen blauwdruk aan ten grondslag. Hij maakt aannemelijk dat dit

¹ De bestuursstructuur en –cultuur wordt door Van der Grinten gedefinieerd als 'het geheel van overheidsinstanties en particuliere organisaties, wetten en regels, bestuurlijke relaties, verhoudingen en gebruiken dat beleid op het terrein van de gezondheidszorg produceert' (Van der Grinten, 1997, p.163)

stelsel effectief is en bovendien bestand tegen drastische ingrepen². Deze stelling is tot 2006 houdbaar gebleken. De ziekenfondsen houden dan formeel op te bestaan als gevolg van de invoering van de nieuwe zorgverzekering.

Een tweede verklaring voor de relatief trage impact van de omgevingsveranderingen is het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg geen perfecte markt is maar een gereguleerde markt. Een perfecte, vrije markt veronderstelt volledige mededinging, zekerheid, transparantie, veel aanbieders en vragers, geen externe effecten in productie of consumptie, perfecte informatie en daardoor consumentensouvereiniteit (Bolkestein, 1997, p.87-88). Zowel de zorgaanbiedersmarkt als in mindere mate de zorgverzekeraarsmarkt kent echter diverse marktimperfecties, zoals de verschillende machtsposities en het strategische gedrag van de betrokken actoren, a-symmetrische informatie tussen de verschillende actoren, het nacalculatie- en vereveningssysteem dat faillissementen goeddeels verhindert, de stevige overheidsinvloed en de uitgebreide toezichtstructuur.

Een derde verklaring is het low-interest karakter van een zorgverzekering. Onderzoek³ toont aan dat verzekerden wel eens overwegen om van de ene naar de andere zorgverzekeraar over te stappen, maar dat relatief weinig mensen dit ook daadwerkelijk doen. Het aantal mensen dat echt switcht, is in de onderzoeksperiode (tot 2006) te laag om zorgverzekeraars te laten zeggen dat zij 'de tucht van de markt' dagelijks ervaren. De druk van de verzekerdenkant neemt overigens wel toe, zoals is beschreven. Diverse initiatieven om het publiek beter te informeren over de onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars dragen hieraan bij, zoals de genoemde vergelijkingssites op Internet en voorlichting en reclamecampagnes door de zorgverzekeraars zelf. Het feit dat de nominale premies de laatste jaren grotere verschillen laten zien, maakt dat mensen meer geïnteresseerd raken in de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorgverzekeraars.

2006

De invoering van de nieuwe zorgverzekering valt buiten het bereik van dit onderzoek. In 2006 wordt echter duidelijk dat de zorgverzekering (tijdelijk) een high-interest product is. Geen enkele andere (schade-) verzekering genereert zoveel media-aandacht, bezoekers van vergelijkingssites op Internet⁴, politieke en bestuurlijke drukte. De groep verzekerden die in 2006 switcht, is ongekend groot: 'de grootste volksverhuizing sinds de Kaninefaten' volgens minister Hoogervorst (NRC, 10-05-2006). Vektis rekent uit dat in 2006 (tot 1 maart 2006) 2,7 miljoen verzekerden van zorgverzekeraar zijn veranderd. Dit is 18% van alle verzekerden. Ter vergelijking: in 2005 is het percentage switchers bij ziekenfondsverzekerden 4% en bij particuliere verzekerden 10%. (Vektis, in ZN Journaal 19, 2006)

² 'Voor de invoering van het verplichte ziekenfondsstelsel [in 1941] was dan ook een oorlog nodig' (Van der Grinten, 1997, p.166).

³ 'De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar' (TSG, 2002), 'Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands' (Health Policy, 2002), 'Consumer choice of health insurance in managed competition' (HEALTH Expectations, 2002), 'Wat is belangrijk in de keuze van een zorgverzekering?', 'Praktische belemmeringen bij het wisselen van een zorgverzekeraar' (ESB, 2002) en 'Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief' (Schut, F.T., ESB, 2001, p.172-175).

⁴ Veel animo voor vergelijkingssites zorgpolissen: Internetsites waar mensen aanbiedingen van zorgverzekeraars kunnen vergelijken, trekken grote belangstelling. De site van de Consumentenbond trok op de dag dat deze gelanceerd werd tot 15.00 uur al 50.000 bezoekers. De vergelijkingssite Independer.nl trok van eind november tot half december 2005 meer dan een half miljoen bezoekers die meer dan vier miljoen vergelijkingen van zorgverzekeringen maakten (ANP 12-12-2005).

Met behulp van de contingentietheorie kan het gedrag van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode van 1987 tot 2006 goed verklaard worden. Het is daarbij relevant om 'de omgeving' te ontleiden in verschillende omgevingssectoren van de verschillende kernfuncties van zorgverzekeraars: het verzekeren van zorg, het inkopen van zorg, de administratieve functie en de informatiefunctie.

De introductie van gereguleerde marktwerking behelst in de onderzoeksperiode van 1987 tot 2006 een veelheid van overheidsmaatregelen. De toegenomen financiële verantwoordelijkheid en het loslaten van de vaste werkgebieden in 1992 hebben de meeste impact gehad op de ziekenfondsen.

8.2. De reacties van zorgverzekeraars samengevat

Naast de omgevingsfactoren genoemd in tabel 8.1 zijn interne ambities of knelpunten in de bedrijfsvoering relevant voor het te voeren beleid van een zorgverzekeraar. Deze paragraaf licht de belangrijkste reacties van zorgverzekeraars nog eens kort toe en trekt de conclusie of deze reacties adequaat zijn geweest, gemeten naar de geselecteerde maatstaven (zie tabel 3.17).

Motivatie van schaalvergroting

De beschreven zorgverzekeraars hebben allemaal gekozen voor schaalvergroting. Dat is niet vreemd, want zij zijn hier immers op geselecteerd. Als men de geschiedenis over een langere periode beziet, zoals in hoofdstuk 3 is gedaan, blijkt wel dat schaalvergroting een beproefd antwoord is van ziekenfondsen op omgevingsveranderingen. Vanaf 1941 is dit een constante in de ziekenfondsbranche. Deze organisaties reageren hiermee zowel op de gewijzigde omgeving als op elkaar. In die zin creëert de branche ook zijn eigen omgeving.

Schaalvergroting is zowel een verdedigingsmechanisme om bedreigingen af te wenden als een 'aanvalstactiek' om nieuwe kansen te pakken⁵. De belangrijkste reden voor de schaalvergroting in de onderzoeksperiode is volgens de geïnterviewden de toegenomen financiële verantwoordelijkheid. Het egaliseren van de financiële risico's in het verstrekkingenbudget is beter mogelijk bij een groot verzekerdenbestand omdat de samenstelling van een groter verzekerdenbestand een betere afspiegeling vormt van de actuele bevolkingssamenstelling. De normcriteria (zie tabel 3.5) werken dan in de hand dat het verstrekkingenbudget de werkelijke zorgkosten zoveel mogelijk benadert. Ook het minimaliseren van de beheerskosten per verzekerde door het incasseren van schaalvoordelen maakt het mogelijk om de nominale premie zo laag mogelijk te houden. Dit concurrentiemiddel wordt belangrijker naarmate de premies meer uiteen gaan lopen. In paragraaf 6.2 is aangegeven waarom deze schaalvoordelen moeilijk kwantificeerbaar zijn.

Andere financiële motieven voor schaalvergroting zijn de investeringen in de ICT die noodzakelijk zijn om te voldoen aan (nieuwe) wet- en regelgeving, aan nieuwe omgevings-eisen of om nieuwe technologische mogelijkheden te ontwikkelen. Voor kleinere ziekenfondsen zijn deze investeringen niet altijd op te brengen. Overigens is ook het omgekeerde het geval: schaalvergroting vereist op zichzelf investeringen in de ICT omdat de bestaande

⁵ Concreet is de fusie tussen Zorgverzekeraar VGZ en IZA tot de VGZ-IZA Groep in 2003 ingegeven door de verwachting dat de specifiek publiekrechtelijke regelingen in een nieuw zorgstelsel gaan vervallen.

systemen van de fusieorganisaties moeten worden geüniformeerd of omdat een groter verzekerdenbestand niet meer door de bestaande systemen te bedienen is.⁶

Niet-financiële motieven (althans niet uitsluitend financieel) voor schaalvergroting zijn de mogelijkheden tot professionalisering van de bedrijfsvoering, specialisatie en innovatie, het vergroten van de zorginkoopmacht, het inspelen op de nieuwe krachtsverhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg⁷, het kunnen bedienen van grote collectiviteiten en het beter kunnen beïnvloeden van de publieke opinie en van de politiek. Tot slot is de toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling een factor van belang geworden. Willen groeien, marktleider willen zijn, onzekerheidsreductie of andere, meer persoonlijke opvattingen of belangen van topbestuurders zijn in de relatief kleine wereld van zorgverzekeraars zeker van belang. Men kent elkaar. Zo leidt schaalvergroting van de één tot schaalvergroting van de ander. De betrokken bestuurders, nog in functie of al uitgestapt, hebben dit transformatieproces vorm gegeven. Wat hun echte drijfveer ook was; zij hebben de ziekenfondsen klaargestoomd voor een nieuw tijdperk.

Voordat beoordeeld wordt of schaalvergroting ook een *adequaat* antwoord is geweest op de veranderende omgevingseisen, moet worden opgemerkt dat schaalvergroting niet *het enige* antwoord is geweest van ziekenfondsen op de veranderende omgeving. De ziekenfondsen reageren met schaalvergroting niet alleen op de veranderende omgeving maar ook en vooral op elkaar. Zij creëren daarmee hun eigen omgevingsverandering. Maar er zijn ook in 2006 nog kleinere regionaal werkende zorgverzekeraars, die redelijk succesvol zijn, gemeten aan het feit dat ook in 2006 het verzekerdenbestand van deze regionale verzekeraars stand houdt en bij De Friesland en DSW groeit. Deze vijf⁸, verenigd in de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (VRZ), hebben bewust *niet* gekozen voor schaalvergroting. De motivatie daarvan ligt in het benutten van de sterke regionale positie, die de mogelijkheid biedt om efficiënt zorg in te kopen en vanuit een klantgerichte benadering een optimaal zorgaanbod te bieden. Overigens wordt op zorginkoopgebied en innovatie samengewerkt door de VRZ-leden.

Schaalvergroting, integratie en concentratie

Aanvankelijk betreft de schaalvergroting het samengaan van ziekenfondsen onderling (met bijvoorbeeld een geringe particuliere portefeuille). Vervolgens fuseren ziekenfondsen met hun particuliere bovenbouworganisaties en met andere particuliere zorgverzekeraars (convergentie). Ook ziet men fusies tussen zorgverzekeraars en schadeverzekeraars, zoals Achmea en vanaf 2007 de combinatie VGZ-IZA-TRIAS met Univé. In tabel 8.2 is weergegeven wat het effect van deze schaalvergroting is op het aantal zorgverzekeraars in Nederland, zie ook bijlage 1.

⁶ Het is op zich opmerkelijk dat van overheidswege nooit geëist is dat één uniform geautomatiseerd systeem voor het ziekenfondswezen zou worden ontwikkeld, zoals dat in de jaren '70 van de twintigste eeuw wel voor academische ziekenhuizen is gebeurd. Dit zou toch in de lijn der verwachtingen hebben gelegen, gezien het feit dat alle ziekenfondsen dezelfde Ziekenfondswet uitvoeren en de noodzakelijke investeringen hiervoor.

⁷ Omdat over de gehele linie schaalvergroting zichtbaar is, bij zorgaanbieders en bij verzekerden door de toegenomen collectivisering, is een nieuwe 'countervailing power' noodzakelijk (Brouwer en Van den Broek, in Elsinga en Van Kemenade, 1997, p.118).

⁸ In 2006 zijn dit: Azivo, De Friesland Zorgverzekeraar, PNO Ziektekosten, Salland Verzekeringen en Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.

Aantal organisaties in de zorgverzekeraarbranche			
Aantal organisaties	1986	1996	2006
Ziekenfondsen	48	29	--
Particuliere verzekeraars	75	44	--
Totaal	123	73	23 ⁹

Tabel 8.2: Aantal organisaties in de zorgverzekeraarbranche. Bron: Zorgverzekeraars Nederland

In tabel 8.3 is weergegeven wat het effect is van deze schaalvergroting op de verzekerdenaantallen die deze organisaties bedienen.

Aantal ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars uitgesplitst naar grootte van het verzekerdenbestand						
Verzekerden X 1.000	Ziekenfondsen			Particuliere verzekeraars		
	1986	1996	2005	1986	1996	2004
1.000 – 2.000	0	0	3	0	0	3
400 – 1.000	4	11	6	1	4	10
300 – 400	8	5	4	1	2	6
200 – 300	5	2	1	3	2	5
100 – 200	15	3	1	13	8	9
< 100	16	8	7	57	28	24
Totaal	48	29	22	75	44	57

Tabel 8.3: Aantal ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars in 1986, 1996 en 2005, uitgesplitst naar grootte van het verzekerdenbestand.

Bron: Elsinga, CTZ, Vektis [2004 meest recente cijfers]

De komst van de nieuwe zorgverzekering met ingang van 2006 versnelt deze concentratie nog eens. Eind 2005 bedienen zes zorgverzekeraars bijna 80% van de Nederlandse bevolking, zie tabel 8.4.

2006: De consolidatie gaat voort

CZ en OZ tekenen een overeenkomst voor de vorming van een COZ-holding. Dit samenwerkingsverband moet medio 2008 leiden tot een volledige fusie van CZ en OZ.

Op 10 mei maken VGZ-IZA-Trias en Univé bekend dat de ziektekostenactiviteiten gebundeld worden. De topman van Univé wordt de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur.

Op 8 juni 2006 maken Menzis, Agis en Delta Lloyd publiek dat hun zorgbedrijven zullen fuseren tot één nieuw zorgbedrijf. Er zal sprake zijn van drie aandeelhouders ovm Agis, ovm Menzis en de Delta Lloyd groep.

⁹ Zorgverzekeraars Nederland telt begin 2006 nog 23 leden.

Zorgverzekeraars in Nederland, eind 2005		
Verzekeraar	Aantal verzekerden eind 2005	Marktaandeel eind 2005
Achmea	2,92 miljoen	17,9%
VGZ-IZA (inclusief IZZ)	3,04 miljoen	18,6 %
Trias (inclusief Goudse)	0,43 miljoen	02,6 %
Univé	0,84 miljoen	05,2 %
CZ Actief in gezondheid	2,02 miljoen	12,4 %
OZ	0,61 miljoen	03,7%
Menzis	2,03 miljoen	12,5 %
Anderzorg	0,05 miljoen	00,1 %
Agis	1,70 miljoen ¹⁰	10,4%
Delta Lloyd/OHRA	0,88 miljoen	05,4%
Bij de VRZ aangesloten organisaties: Azivo, DSW, De Friesland, Salland, Zorg en Zekerheid	1,35 miljoen	08,3%
Overigen:	0,59 miljoen	02,9%
Aantal Nederlanders:	16,306 miljoen	100 %

Tabel 8.4: Zorgverzekeraars in Nederland, eind 2005. Bron: Jaarverslagen en het CBS.

Uit de voorgaande hoofdstukken wordt duidelijk dat het fusie- en transformatieproces van ziekenfonds naar zorgverzekeraar in herkenbare fasen verloopt, zie tabel 8.5.

Het transformatieproces van ziekenfonds naar zorgverzekeraar			
Organisatie	Fusie	Integratie	Concentratie
VGZ	6 ziekenfondsen en bovenbouw fusie ineens	CONDOR	CONDOR Concentratie op drie locaties
VGZ-IZA	en IZA: 1995 - samenwerking 2004 - fusie	2005 – staven, SC en CC	IZA kantoren blijven gehandhaafd
VGZ-IZA-Trias	en Trias 2005 – samenwerking 2006 – fusie	Vanaf 2006	Trias locatie blijft gehandhaafd
CZ	Zie figuur 7.1	Zie paragraaf 7.1.1 MMM	Verschillende functies op drie locaties
Agis	Zie figuur 7.4	Zie paragraaf 7.2.1 Focus 2004	Alle functies op één locatie

¹⁰ Dit cijfer niet bekend is op het moment dat deze studie wordt uitgebracht. Het jaarverslag 2005 van Agis komt naar verwachting eind 2006 uit. In deze tabel is daarom het aantal verzekerden van Agis per 31 - 12 - 2004 opgenomen.

Het transformatieproces van ziekenfonds naar zorgverzekeraar			
Organisatie	Fusie	Integratie	Concentratie
Menzis		Programma in 2004-2005: de werkmaatschappijen Amicon, Geové, NVS en Rijnmond gaan werken met één set van processen en één ICT-systeem	Locaties geconcentreerd tot Zwolle, Groningen, Wageningen, Enschede en Rotterdam

Tabel 8.5: Het transformatieproces van VGZ, CZ, Agis en Menzis

De eerste fase begint met een vorm van samenwerking tussen organisaties, die steeds hechter wordt en die uiteindelijk resulteert in een fusie. De tweede fase in dit proces, de integratiefase, leidt ertoe dat de oorspronkelijke fusieorganisaties waar noodzakelijk en mogelijk integreren. Hierbij worden vaak eerst op HR-gebied zaken afgestemd (functiebenamingen, arbeidsvoorwaarden en beoordelingssystemen, opleidingsprogramma's et cetera). Op ICT-gebied worden systemen geüniformeerd, de financiële administratie wordt geconcentreerd, oude werkwijzen worden afgeschaft, processen worden gestroomlijnd en geleidelijk wordt ook een nieuwe cultuur gebouwd. Om schaalvoordelen te incasseren of kosten te besparen worden ingrijpende reorganisatieprogramma's doorlopen (CONDOR, Focus 2004, MMM). De derde fase, de concentratiefase, leidt tot de fysieke concentratie van één, meerdere of alle functies op één of meerdere locaties. (Fase 2 en 3 worden ook wel omgedraaid of ineens uitgevoerd). Een laatste stap in dit transformatieproces is het laten vallen van de oorspronkelijke bedrijfsnamen en het omlabelen van de verzekeringsproducten. Er staat dan een nieuwe zorgverzekeraar met een nieuw imago.

Professionalisering van de bedrijfsvoering

Na het toepassen van schaalvergroting hebben zorgverzekeraars hun bedrijfsprocessen geprofessionaliseerd. Op het niveau van de branche zijn verschillende initiatieven als zodanig aan te merken, zoals:

- Bundeling van de belangenbehartiging.
Vanaf het begin van de twintigste eeuw hebben gelijkgestemde ziekenfondsen zich aaneengesloten om gezamenlijk hun belangen te behartigen, net als de particuliere verzekeraars. Sinds 1995 worden de belangen van zorgverzekeraars behartigd door één brancheorganisatie: Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze koepelorganisatie verenigt de belangen van de commerciële private verzekeraars (tot die tijd verenigd in de KLOZ) en de belangen van de non-profitverzekeraars en de ziekenfondsen (tot die tijd verenigd in de VNZ). Binnen ZN hebben de vijf regionaal werkende zorgverzekeraars de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (VRZ) opgericht.
- Het ontstaan van één informatie-instituut, Vektis.
- In 1996 wordt de Regiovertegenwoordiging Nieuwe Stijl gedefinieerd¹¹.
- Ook wordt een Ombudsman Zorgverzekeringen aangesteld (tot nog toe steeds een vrouw).

¹¹ Regiovertegenwoordigers maken afspraken met zorginstellingen in het tweede compartiment. Deze structuur is gekozen om te voorkomen dat alle zorgverzekeraars met alle Nederlandse ziekenhuizen zouden moeten onderhandelen om contracten af te sluiten.

- In 1997 wordt de Code Goed Zorgverzekeraarschap aangenomen als gedragscode voor zorgverzekeraars.
- In 1999 is een visitatie-instrument ontwikkeld voor de zorgkantoren en vanaf 2001 zijn de zorgkantoren verantwoordelijk voor de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).
- In 2000 worden Treeknormen¹² overeengekomen die aangeven wat de maximale wachttijd zou mogen zijn voor patiënten.
- Er is gezamenlijk een Plan van Aanpak Fraude in de Zorg 2003-2005 ontwikkeld.
- In 2003 is gestart met het inrichten van een kenniscentrum DBC's. In 2005 is een set van aandoeningsspecifieke kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuiszorg opgesteld en in 2005 start ZN een meldpunt DBC-controle.

Op het niveau van de individuele zorgverzekeraar is de professionalisering van de bedrijfsvoering ook te zien en mede mogelijk gemaakt door de toegenomen schaalgrootte. De initiatieven van de één worden daarbij snel overgenomen door de ander.

Professionalisering van de verkoopfunctie

Door de toegenomen concurrentie is de verkoopfunctie belangrijk(er) geworden en zijn zorgverzekeraars veel commerciëler gaan werken¹³. In de praktijk is zichtbaar dat nieuwe en meer gespecialiseerde organisatieonderdelen voor de verkoopfunctie worden ingericht, zoals een marketingafdeling en een callcenter dat de telefonische klantcontacten gaat verzorgen. Een callcenter maakt het vervolgens noodzakelijk om informatie over de klant op een geïntegreerde manier beschikbaar is hebben. Hiertoe worden Customer Relationship Management-applicaties ontwikkeld (CRM). Ook worden nieuwe distributiekkanalen ontwikkeld omdat de traditionele kanalen (verzekeringsadviseurs, (mobiele) winkels of balies) niet kosteneffectief op te zetten zijn voor het werkgebied 'Nederland'. 'Fysiek dicht bij de klant' wordt minder relevant geacht, omdat die klant zelf andere kanalen prefereert. Bovendien maakt de technologie andere distributiekkanalen mogelijk. Via een multichannel beleid maken zorgverzekeraars in 2005 gebruik van direct mail, hun kantorennet (balies/winkels), callcentra (telefonische verkoop), intermediairs en in toenemende mate Internet. Er wordt geleidelijk meer geld uitgetrokken voor reclame-uitingen (in de jaarovergang 2005/2006 een recordbedrag van 78 miljoen euro) en het verbeteren van de naamsbekendheid van de organisatie, ook in de niet-traditionele werkgebieden. De toegenomen collectivisering van de markt maakt de marktbenadering van zakelijke klanten belangrijker. Collectiviteiten stellen andere eisen aan het functioneren van zorgverzekeraars. Bedrijven die zelf kwaliteitssystemen hebben ingevoerd, verwachten dit ook van zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan zijn de aanbestedingsprocedures door grote organisaties zoals Defensie, de KLM of KPN: voor het *mogen* uitbrengen van een offerte worden vooraf kwaliteitseisen vastgesteld waaraan de zorgverzekeraar aantoonbaar moet voldoen. Ook worden steeds vaker service level agreements (SLA's) afgesloten, waarin is vastgelegd welke kwaliteitseisen zijn overeengekomen tussen de zakelijke klant en de zorgverzekeraar.

Professionalisering van de zorginkoopfunctie

Ook de zorginkoopfunctie ontwikkelt zich in de onderzoeksperiode. De omslag van aanbesteding naar vraagsturing is voor zorgverzekeraars een omslag in het denken: de zorgvraag van de verzekerde wordt nu het uitgangspunt voor de contractering. Ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop zijn ondermeer:

¹² Het Treekoverleg is een informele belangenorganisatie voor het maatschappelijk veld van de gezondheidszorg, waarin diverse organisaties samenwerken: ZN, de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, de LHV, de LVT, de NVZ en sinds 1999 ook de KNMP, GGZ Nederland en het samenwerkingsverband van de paramedische beroepsorganisaties.

¹³ 'Men analyseert dat het vanaf nu (1992) nodig is om te beschikken over commerciële ervaring met het ontwikkelen van verzekeringsproducten, het voeren van premiebeleid en het werven van verzekerden' (Brouwer en Van den Broek, 1997, p.118).

- professionaliseren van het zorginkoopbeleid en van de bedrijfsprocessen;
- formuleren van prestatie-indicatoren voor de zorginkoop;
- onderscheiden van verschillende soorten overeenkomsten, van een betaalovereenkomst tot een overeenkomst met 'preferred suppliers';
- aanvullende afspraken in de contracten over de kwaliteit van zorg;
Bijvoorbeeld de kwaliteitsparagraaf van Amicon, de kwaliteitsparagraaf in de contracten met ziekenhuizen van Zorgverzekeraar VGZ (2002), het project 'Kwaliteit in zorg' van Zorgverzekeraar De Friesland (2003).
- contracteren van aanvullende volumes om aan de zorgplicht te voldoen;
Bijvoorbeeld bij Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) en buitenlandse zorgaanbieders, vooral in Duitsland en België.
- het investeren in eigen gezondheidscentra (Menzis) of ziekenhuizen (CZ);
- facilitering van de huisartsen om het huisartsentekort op te vangen;
regeling van Avond-, Nacht- en Weekenddiensten, facilitering van de oprichting van groepspraktijken en van nieuwe beroepen in de zorg zoals nurse practitioners.
- het opzetten van wachtlijst- en zorgbemiddeling;
- de oprichting van medische callcentra;
Bijvoorbeeld de Huisartsenlijn van Achmea vanaf maart 2002, dokterdokter.nl van Menzis, TWA Medic Info, de vakantiedokter en 0900-GezondVGZ.
- actieve zorgkostenbeheersing;
De beschreven zorgverzekeraars hebben elk een zorgkostenbeheersingsprogramma doorgevoerd. Onderdelen hiervan zijn onder andere: aanbestedingsprocedures¹⁴, het afkopen van bonussen bij apothekers door voor medicijnen waarvan het patent verloopt lagere prijzen te bedingen, medicijnen te leveren via andere kanalen dan de apothekers¹⁵, optimaliseren van de controle-aanpak onder andere via risico-analyses, fraude en misbruik aanpakken, sturing op het rendement van collectiviteiten, contracten met leveranciers voor specifieke verstrekkingen (brillen, lenzen, hoortoestellen, zittend ziekenvervoer, Thaise kronen, bruggen en loophulpmiddelen).
- het betrekken van klanten bij de zorginkoop, onder andere door een structurele samenwerking met patiëntenorganisaties te ontwikkelen;
- het bevragen van klanten over de tevredenheid met de geleverde zorg (Stichting Miletus).

Professionalisering van de administratieve functie

Het feit dat ook de beheerskosten zich vertalen in de hoogte van de nominale premie, noopt tot het stroomlijnen van de (logistiek in de) werkprocessen in de back-office en tot een effectieve en efficiënte aansluiting van frontoffice - en backofficefuncties. De ontwikkeling van de administratieve functie is in de onderzoeksperiode onder andere gericht op:

- de verwerking van veranderingen in wet- en regelgeving;
- de verwerking van grotere volumes (mutaties, declaraties, e-mail en telefoonverkeer) veroorzaakt door de toenemende verzekerdenaantallen;
- het verhogen van de efficiëntie en daarmee het verlagen van de beheerskosten;
- het verhogen van de klanttevredenheid door te sturen op prestatie-indicatoren als snelheid en kwaliteit.

¹⁴ In 2003 is de poging van de zorgverzekeraars CZ, VGZ en Univé om de prijs van twee geneesmiddelen (omeprazol, een maagzuurremmer en simvastatine, een cholesterolverlager) via een Europese aanbesteding te verlagen mislukt. 87 Bedrijven vroegen informatie op over deze aanbesteding, 7 bedrijven meldden zich aan en slechts één bedrijf bleek te voldoen aan de minimum-eisen om een offerte te mogen uitbrengen. Dit moeten er minimaal twee zijn.

¹⁵ CZ en VGZ sluiten in 2003 een overeenkomst met Etos Apotheek, dochter van het supermarkt-concern Ahold voor het leveren van de 12 meest verkochte medicijnen (waaronder maagzuurremmers, antidepressiva en bloedverdunners). Etos biedt de zorgverzekeraars volledige inzage in de omvang van de kortingen en bonussen die het van de farmaceutische industrie krijgt. Deze worden afgetrokken van de prijs die aan de zorgverzekeraars in rekening wordt gebracht, met uitzondering van een winstopslag.

De belangrijkste efficiencybevorderende maatregelen zijn gerealiseerd door de ontwikkeling van de ICT en meer specifiek door de ontwikkeling van de externe integratie:

- de gegevensuitwisseling met zorgaanbieders is geautomatiseerd via VECOZO en Infomedics;
- de gegevensuitwisseling met gemeentelijke administraties is geautomatiseerd via RINIS;
- de gegevensuitwisseling met collectiviteiten is vergaand geautomatiseerd via Diginet.

Automatisering is voor de administratieve functie van een zorgverzekeraar zó belangrijk dat het zowel de 'enabler' als de achilleshiel van de organisaties is geworden. Elke organisatie heeft lange tijd een eigen of met anderen gedeelde automatiseringsdienst gehad die ook zelf applicaties ontwikkelt. De laatste jaren wordt duidelijk dat Oracle OpenZorg zich ontwikkelt tot een standaard voor zorgverzekeraars.

Professionalisering van de informatiefunctie

Tot slot de relatief nieuwe informatiefunctie van zorgverzekeraars. Deze ontwikkelt zich sterk vanaf het jaar 2000. Traditionele kanalen (telefonie) worden geprofessionaliseerd (eigen callcentra) en nieuwe kanalen worden snel verbreed. Denk aan de ontwikkeling van interactieve internetsites, de 'gidsfunctie' van zorgverzekeraars door het zorgaanbod transparant te maken, medische callcentra et cetera. Het ontwikkelen en onderhouden van een internetsite en het beantwoorden van via Internet gestelde vragen en verzoeken van (potentiële) verzekerden levert nieuwe functies op bij zorgverzekeraars. De aantallen telefoontjes, e-mails, Internetraadplegingen en medische vragen lopen door de toegenomen verzekerdenaantallen en de vlucht van de informatiemaatschappij snel op.

Nieuwe producten en diensten

De veranderende omgeving leidt ook tot de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten. De privatisering van de sociale verzekeringswetten heeft geleid tot nieuwe producten ten aanzien van verzuimpreventie en het reïntegreren van zieke werknemers. Hiertoe zijn verschillende zorgverzekeraars gaan participeren in ARBO- en reïntegratiebedrijven. Alle zorgverzekeraars bieden inmiddels een vorm van wachtlijst- en zorgbemiddeling. Via Internet informeren zorgverzekeraars klanten over gezondheid en ziekte. Ook ontwikkelen zij verschillende preventie- en sportprogramma's, onder andere om 'bewegen en gezonde voeding' onder de aandacht te brengen (de Health Check van Zilveren Kruis Achmea, het Groninger Sport Model en FLASH van Menzis, vergoeding van Herstel en Balans cursussen voor ex-kankerpatiënten et cetera).

Strategische samenwerkingsverbanden

Tot slot is het aangaan van strategische samenwerkingsverbanden een uniforme reactie van de individuele zorgverzekeraars op de veranderde omgeving. Deze samenwerkingsverbanden zijn er op diverse gebieden:

- met andere zorgverzekeraars, daar waar het gaat om de digitalisering van gegevensuitwisseling met zorgaanbieders of andere aanleverende instanties (Vecozo, Infomedics, Rinis, Diginet), om aanbestedingsprocedures (hulpmiddelen, zittend ziekenvervoer) om nieuwe dienstverlening aan klanten (TWA Medic Info) en om klantonderzoek (Stichting Miletus);
- met schadeverzekeraars, om met andere verzekeringsproducten de klanten hechter aan zich te binden;
- met pensioenfondsen, daar waar het gaat om reïntegratiebedrijven;
- met zorgaanbieders, daar waar het gaat om de ontwikkeling van (nieuwe) zorgverlening aan specifieke doelgroepen;
- met lokale overheden, om specifieke lokale problemen op te lossen (verzekering van dak- en thuislozen, uitkeringsgerechtigden).

De toegenomen financiële verantwoordelijkheid en het loslaten van de vaste werkgebieden voor de ziekenfondsen leidt in de onderzoeksperiode bij de meeste ziekenfondsen tot schaalvergroting. De nieuwe organisaties kiezen veelal een landelijk werkgebied.

Mede door deze schaalvergroting zijn de zorgverzekeraars in staat om hun bedrijfsvoering te professionaliseren. Andere reacties op de veranderde omgeving zijn productinnovatie, de ontwikkeling van nieuwe dienstverlening en het ontstaan van diverse samenwerkingsverbanden.

Zijn deze reacties ‘adequaat’ geweest?

Zijn de hiervoor beschreven reacties op een veranderende omgeving nu ‘adequaat’ geweest? Om dit te kunnen beoordelen zijn in tabel 3.15 voor elke kernfunctie enkele maatstaven geformuleerd. In hoofdstuk 6 en 7 zijn deze maatstaven voor de vier in dit onderzoek betrokken zorgverzekeraars beoordeeld. Om te beoordelen of de daar getrokken conclusies voor de gehele branche gelden, zijn deze maatstaven ook voor de andere ziekenfondsen beoordeeld. In tabel 8.6 is het oordeel van het CTZ over alle ziekenfondsen samengevat. In tabel 8.7 zijn de resultaten op de overige maatstaven voor de ziekenfondsen verzameld. De maatstaf ‘waardering door klanten’ is ingevuld vanuit de meest recente bron: de KiesBeter.nl site van het RIVM van 2005.

Uitvoering van de ziekenfondswet in 2003 en 2004		
Beoordeling van de ziekenfondsen volgens het CTZ	2003	2004
	Aantal ziekenfondsen	Aantal ziekenfondsen
Oordeel uitvoering ziekenfondswet:		
Goed:	3	4
Ruim voldoende:	5	13
Voldoende:	11	5
Matig:	3	0
Onvoldoende:	0	0
Oordeel rechtmatigheid uitgaven ZFW:		
Goedkeurend:	10	18
Beperking:	7	4
Oordeelonthouding:	0	0
Afkeurend:	5	0

Tabel 8.6: Uitvoering van de ziekenfondswet 2003 en 2004. Bron: Algemeen rapport uitvoering Ziekenfondswet 2004

De prestaties van zorgverzekeraars, gemeten eind 2005							
Resultaatgebied:	Gem. aantal ziekenfonds-verzekerden 2004	Maatschappij		Klanten		Bestuur en financiers Financiële cijfers	
1	2	3	4	5	6 + 7	8	9
Gesorteerd op omvang van het ziekenfonds ¹⁶		Oordeel CTZ 2004 ¹⁷	Oordeel zorginkoop CTZ 2004 ¹⁸	Oordeel klant 2005: KiesBeter.nl Rapportcijfer	Oordeel klant 2005: KiesBeter.nl	Solvabiliteits-ratio 2004	Nominale premie 2005
Agis DGVP Pro Agis	1.443.700	38	GGGV	7,3 -- 7,7	11+12* -- 17+13*	129%	33,45
CZ OZ	1.350.000 561.300	45 45	GGVV GGGV	7,7 7,6	16+11* 14+12*	268% 314%	30,90 31,50
<u>VGZ-IZA:</u> VGZ IZA IZA/AZ IZR IZZ SIZ	1.293.263	47	GGGV	7,4 8,0 -- -- 7,8 --	10+12* 21+12* -- -- 16+13*	175% --	30,75
<u>Achmea:</u> Zilveren Kruis Groene Land Avero Achmea DVZ Achmea FBTO Interpolis OZF Achmea PWZ Achmea	786.800 852.100	35 34	GVGV GVGV	7,3 7,5 7,4 8,2 7,7 -- 7,9 7,3	9+12* 12+12* 14+12* 20+12* 19+12* -- 17+12* 10+12*	164% 122%	33,90 33,90 33,90 33,90 33,90 33,90 33,90
<u>Menzis:</u> Amicon Geové Anderzorg Nederzorg	919.000 371.700 39.100 24.500	33 35 31 31	VGVV VGGV OVGV	7,3 -- -- 7,1 --	12+12* 12+12* 12+12* 7+12* --	229% 143% 220% 255%	31,75 31,00 19,95 29,90

¹⁶ De particuliere ziektekostenverzekeraars en de labels zijn zoveel mogelijk bij de ziekenfondsen gezet waar zij mee samenwerken of waar zij mee gefuseerd zijn.

¹⁷ Het maximale aantal punten is 50.

¹⁸ Oordeel zorginkoop CTZ 2004: Het CTZ heeft in 2004 een oordeel gegeven over de zorginkoop algemeen (overeenkomsten) en specifiek over de zorginkoop ziekenhuizen, kraamzorg en ambulancezorg. Dit oordeel is uitgedrukt als G: Goed, RV: Ruim voldoende, V: Voldoende, M: Matig en O: Onvoldoende. In deze kolom wordt het separate oordeel over de vier gebieden aangegeven.

De prestaties van zorgverzekeraars, gemeten eind 2005							
Resultaatgebied:	Gem. aantal ziekenfonds-verzekerden 2004	Maatschappij		Klanten		Bestuur en financiers Financiële cijfers	
1	2	3	4	5	6 + 7	8	9
Gesorteerd op omvang van het ziekenfonds ¹⁶		Oordeel CTZ ¹⁷ 2004	Oordeel zorginkoop CTZ 2004 ¹⁸	Oordeel klant 2005: KiesBeter.nl Rapportcijfer	Oordeel klant 2005: KiesBeter.nl	Solvabiliteits-ratio 2004	Nominale premie 2005
Confior NVS				7,4 --	-- --		
Univé	503.600	41	GVGV	7,4	14+12*	254%	28,90
Zorg en Zekerheid	401.400	34	GGVV	7,3	9+12*	148%	31,70
De Friesland	338.800	42	GVGV	7,9	21+12*	229%	30,95
Trias	327.200	40	Gvvv	7,6	16+12*	326%	30,90
Delta Lloyd Ohra Diavitaal	305.700	31	VGVV	7,3 7,4	13+13* 15+12* --	268%	37,95 37,95
DSW	247.300	38	GGOV	8,0	18+12*	263%	29,95
Azivo	150.200	34	VVVV	7,5	12+12*	173%	32,90
Fortis ASR AMEV SR Woudsend	92.000	30		7,4 7,4 --	13+12* -- 12+12* --	207%	29,95
Salland	83.500	40	VGGV	7,9	18+12*	217%	30,75
ONVZ	45.600	33	VVOV	8,4	22 *	187%	35,90
OZB	19.700	26	VGVV	--	--	137%	
AZVZ	3.800	--	V ---	--	--		
De Amersfoortse				7,4	15+12*		

Tabel 8.7: De prestaties van zorgverzekeraars, gemeten eind 2005

Uit de voorgaande hoofdstukken, tabel 8.6 en tabel 8.7 zijn de volgende voorzichtige conclusies te trekken. Hier staat 'voorzichtige' omdat, zoals in hoofdstuk 1 al is opgemerkt, conclusies uit een gevalsstudie niet zonder meer generaliseerbaar zijn voor de gehele branche.

Verzekeren van zorg

Op de verzekeringsmarkt is de verkoopfunctie van zorgverzekeraars gemeten naar het gerealiseerde aantal verzekerden en de klanttevredenheid, met wisselend succes afgestemd op de omgeving.

Op de zorgverzekeraarsmarkt is het realiseren van een bepaald marktaandeel al snel één van de organisatiedoelen. De regionale verzekeraars hebben niet direct de doelstelling om te groeien, maar de landelijk werkende zorgverzekeraars hebben niet snel de doelstelling om te krimpen qua aantal verzekerden. In een afgebakende markt van circa zestien miljoen Nederlanders impliceert het succes van de één echter het verlies van de ander. Groei van het aantal verzekerden is een direct resultaat van de verkoopfunctie. Verlies van verzekerden is echter niet altijd alleen te wijten aan een slecht functionerende verkoopfunctie. De verkoopfunctie werkt immers binnen kaders die de organisatie als geheel formuleert (bijvoorbeeld het beleid van de organisatie om wel of niet landelijk te gaan werken of om specifieke markten wel of niet te bewerken) en realiseert (bijvoorbeeld de vastgestelde premie of het maximale kortingspercentage). Daarom kan voor de gehele branche geen harde conclusie worden getrokken ten aanzien van de effectiviteit van de verkoopfunctie in de onderzoeksperiode. Voor een individuele zorgverzekeraar kan dat wel.

Inkopen van zorg

Op de zorginkoopmarkt is de zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars gemeten naar de waardering door het CTZ sinds 2004 adequaat afgestemd op de omgeving.

(Bijna) alle zorgverzekeraars scoren in 2004 'goed' of 'voldoende' voor de zorginkoopfunctie. Toch zal deze conclusie niet direct voluit onderschreven worden door de branche zelf. Naar het oordeel van diverse geïnterviewden heeft deze functie zich het traagst aangepast aan de veranderde omgeving. Anders geformuleerd: voor de zorginkoopfunctie is de transformatie van ziekenfonds naar zorgverzekeraar het grootst geweest door de toegenomen verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing et cetera. Dat de bovenstaande conclusie niet algemeen zal worden onderschreven, komt doordat het onderscheidende vermogen van zorgverzekeraars op de zorginkoopfunctie nog betrekkelijk gering is.

Het oordeel van de klant over de resultaten van de zorginkoopfunctie is niet bekend.

Elke zorgverzekeraar scoort voor de ervaren kwaliteit van zorg twaalf sterren (plus of minus één) volgens de KiesBeter-site 2005, zie kolom 7. Zorgverzekeraars onderscheiden zich in de ogen van de klant dus nog niet op deze functie. De klant kan geen oordeel geven omdat de inspanningen van een zorgverzekeraar op het gebied van de zorginkoop nog niet of nauwelijks worden gecommuniceerd, laat staan dat de harde resultaten van de zorginkoopfunctie zichtbaar zijn. Paragraaf 8.4 gaat dieper in op dit dilemma en op de toegevoegde waarde van de zorginkoopfunctie voor een zorgverzekeraar.

De administratieve functie en de informatiefunctie

De administratiefunctie van zorgverzekeraars is gemeten naar de waardering door het CTZ adequaat afgestemd op de omgeving.

De kracht van de bureaucratische organisatie ligt in de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de routineprocessen: standaard producten en diensten tegen de laagste prijs. Rechtmatigheid en doelmatigheid zijn kwaliteitseisen die door bureaucratische organisaties uitstekend te waarborgen zijn. In paragraaf 3.3 zijn de omgevingseisen aan zorgverzekeraars geconcretiseerd via de meetbare toetsingsaspecten van toezichthouders. Het oordeel van het CTZ laat zien dat zorgverzekeraars in 2003 en 2004 hun bedrijfsvoering aanmerkelijk hebben verbeterd op deze toetsingsaspecten. In 2004 krijgen vijf ziekenfondsen het oordeel 'voldoende', 13 ziekenfondsen het oordeel 'ruim voldoende' en vier ziekenfondsen het oordeel 'goed'. Volgens het CTZ wordt deze verbetering gerealiseerd door de invoering van een planning- en controlcyclus bij de zorgverzekeraars en door de invoering van prestatiemeting

via prestatie-indicatoren. Echter: hiervoor is schaalvergroting niet noodzakelijk. Tabel 8.7 laat zien dat de kleinere zorgverzekeraars op dit punt niet significant onderdoen voor de grotere zorgverzekeraars.

In punten uitgedrukt varieert het CTZ-oordeel in 2004 van 26 punten tot 47 punten van de 50 maximaal te behalen punten. Dit biedt zorgverzekeraars dus de mogelijkheid om de administratiefunctie nog verder te verbeteren. Algemene verbeterpunten voor de (ziekenfonds)branche zijn in 2004: de verzekerdenadministratie (tijdige afronding van controles, vastlegging en analyse van controleresultaten, voldoen aan nauwkeurigheidseisen), kwaliteit van de zorginkoop, de betalingsorganisatie (beheer van zorgverlenersbestanden, betrouwbaarheid van systemen en bestanden) en misbruik en oneigenlijk gebruik (gestructureerde risicoanalyses, tijdige afronding van onderzoeken en vervolgacties bij geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik en fraude).

Het oordeel van de klant over de administratie- en de informatiefunctie is goed.

De kwaliteit van dienstverlening van de zorgverzekeraars loopt nog sterk uiteen, van 9 sterren (Zorg en Zekerheid, Zilveren Kruis) tot 21 sterren (IZA en De Friesland) volgens de KiesBeter-site in 2005. Ook hier liggen dus nog verbetermogelijkheden. Het overall rapportcijfer is echter voor alle zorgverzekeraars goed: dit cijfer varieert van 7,1 (Anderzorg) tot 8,4 (ONVZ).

Leidt gereguleerde marktwerking tot de beoogde klantgerichtheid en kostenbesparing?

Tot slot de laatste veronderstelling van figuur 1.1: heeft de introductie van marktwerking in de zorgverzekeraarsmarkt het door de politiek beoogde effect gehad: een betere klantgerichtheid en lagere kosten bij de zorgverzekeraars?

Er moet vastgesteld worden dat dit onderzoek deze vraag niet voor honderd procent kan beantwoorden. Enerzijds zijn de resultaten van de klanttevredenheidsonderzoeken van 2005 zo goed, dat gesteld kan worden dat de klantgerichtheid van de zorgverzekeraars door de schaalvergroting niet slecht(er) is geworden. De vier beschreven zorgverzekeraars zijn in de onderzoeksperiode meer gespecialiseerd, meer geformaliseerd en meer gestandaardiseerd gaan werken, maar dit heeft niet geleid tot een significant lagere klanttevredenheid. De klantgerichte bureaucratie lijkt dus zeker gerealiseerd, voornamelijk door de sterke ICT-ontwikkelingen. Paragraaf 8.3 gaat hier verder op in, omdat dit een belangrijke conclusie van dit onderzoek is.

Anderzijds kan geen echt harde uitspraak worden gedaan over de klantgerichtheid, omdat in 1987 klanttevredenheidsonderzoeken nog niet zo gestructureerd opgezet waren als in 2005. Goed vergelijkingsmateriaal ontbreekt dus. De klant is daarbij in de onderzoeksperiode veeleisender geworden volgens de geïnterviewden. Theoretisch kan hetzelfde of een beter prestatieniveau van een organisatie, zoals de feitelijk toegenomen snelheid van notaverwerking, dus leiden tot een lagere klanttevredenheid, alleen omdat het verwachtingspatroon van de klant is veranderd.

In 2006 is daarbij een heel andere situatie ontstaan, zowel voor de individuele verzekerde als voor de zorgverzekeraar. De introductie van gereguleerde marktwerking heeft door de schaalvergroting geleid tot minder zorgverzekeraars. De keuzevrijheid voor de ziekenfondsverzekerde is ten opzichte van 1987 dus sterk toegenomen. Maar de recente schaalvergroting leidt vanaf 1992 wel tot steeds minder organisaties om uit te kiezen. De keuzevrijheid voor de individuele verzekerde (ziekenfonds of particulier is nu niet meer relevant) ligt vanaf 2006 juist in de verschillende collectieve contracten waar hij of zij zich bij aan kan sluiten.

Voor de zorgverzekeraars is ook een nieuwe situatie ontstaan, omdat de klanttevredenheid van de individuele verzekerde ogenschijnlijk minder relevant is geworden. De belangrijkste reden van het grote aantal switchers in 2006 is immers de collectivisering van de markt. De collectiviteit kiest de zorgverzekeraar waar hij een contract mee wil sluiten en de individuele verzekerde kiest vervolgens voor een profijtelijke collectiviteit. De collectiviteit sluit een contract met een zorgverzekeraar op heel andere gronden dan een individuele verzekerde (zie tabel 3.16). Er is wederom een nieuw spel ontstaan, met nieuwe spelregels. De zorgverzekeraar die daar het best op inspeelt, zal in de toekomst het meest succesvol zijn is de verwachting.

Lagere kosten?

De introductie van geregleerde marktwerking moest ook leiden tot kostenbesparingen. Hoofdstuk 6 geeft al aan dat wat de beheerskosten betreft, het uitdrukken van de gerealiseerde schaalvoordelen in harde valuta via de gekozen onderzoeksopzet niet mogelijk is, door de veelheid van verstoringen, zie hiervoor paragraaf 6.2. Wat de zorgkosten betreft: het vinden van een harde relatie tussen geregleerde marktwerking bij zorgverzekeraars en de hoogte van de zorgkosten in Nederland vergt een ander onderzoek.

Ziekenfondsen hebben in de onderzoeksperiode adequaat gereageerd op de veranderende omgeving:

- *De 'oudste' functie van zorgverzekeraars, de administratiefunctie is in staat om wijzigingen in wet- en regelgeving relatief soepel te verwerken. De ICT-ontwikkelingen zijn hiervoor een belangrijke voorwaarde gebleken.
(De stelselwijziging van 2006 valt niet meer in de onderzoeksperiode. Deze tour-de-force leidt bij diverse zorgverzekeraars tot forse achterstanden in de werkvoorraden, maar niet tot onoverkomelijke chaos.)*
- *De verkoopfunctie van zorgverzekeraars is wisselend succesvol in de onderzoeksperiode.*
- *De zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars is naar het oordeel van het CTZ adequaat aangepast aan de veranderende omgevingseisen, maar is in de ogen van de klant nog niet onderscheidend.*
- *De 'jongste' functie van zorgverzekeraars, de informatiefunctie is adequaat aangepast aan de veranderende omgevingseisen. Het ontwikkelen en benutten van (medische) callcentra en interactieve Internetsites zijn hiervoor een belangrijke voorwaarde.*

In de onderzoeksperiode zijn kritische succesfactoren (KSF) voor de zorgverzekeraars ondermeer:

- *het realiseren van een uitgebalanceerde verzekerdenpopulatie (qua omvang en samenstelling);*
- *het tijdig inspelen op de collectivisering van de markt;*
- *een stabiel prijsbeleid ondersteund door een goede solvabiliteit (waarvoor een effectief beleggingenbeleid weer een succesfactor is, maar dat valt buiten het bereik van dit onderzoek).*

Klantgerichtheid en de daaruit volgende klanttevredenheid zijn in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006 nauwelijks een kritische succesfactor geweest, gezien het relatief geringe aantal verzekerden dat in die tijd en om die reden overstapt.

8.3. De klantgerichte bureaucratie in de praktijk bij zorgverzekeraars

Deze paragraaf vat de ‘lessons learned’ van de zorgverzekeraars samen. Zo wordt een verbinding gelegd tussen paragraaf 2.6, waar de klantgerichte bureaucratie werd beschreven, paragraaf 3.4, waar de klantgerichte zorgverzekeraar vanuit de theorie werd beschreven en de voorgaande vier hoofdstukken, waar de empirie van de klantgerichte zorgverzekeraars werd belicht.

De moderne machinebureaucratie

In hoofdstuk 2 is de bureaucratische organisatie gedefinieerd als een organisatievorm die op de dimensies, ontleent aan het ideaaltipe van Weber (centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie) hoog scoort. In hoofdstuk 6 is geconcludeerd dat Zorgverzekeraar VGZ in deze wetenschappelijke definitie in de onderzoeksperiode bureaucratisch is geworden. Op de dimensies specialisatie, formalisatie en standaardisatie scoort VGZ in 2005 hoger dan in 1987, voornamelijk als gevolg van de schaalvergroting en de ICT-ontwikkelingen. De dimensies ‘centralisatie’ en ‘hiërarchie’ hebben bij VGZ een andere inkleuring gekregen. De drie zorgverzekeraars die in hoofdstuk 7 beschreven zijn, laten ook een hogere score op deze vijf dimensies zien, volgens de geïnterviewden. Geredeneerd vanuit de hypothesen van Mintzberg (zie tabel 2.7) kan nu het effect van de *interne* situationele factoren op de zorgverzekeraars worden nagelopen, zie tabel 8.8.

Effect van de interne situationele factoren, op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de <i>interne situationele factoren</i>	Effect op de vijf dimensies Van een bureaucratische organisatie
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Institutionele taakstelling: <ul style="list-style-type: none"> - Deze is in de periode 1987 tot 2006 enerzijds ongewijzigd: het uitvoeren van wet- en regelgeving - Anderzijds is de taakstelling sterk uitgebreid door nieuwe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en verantwoordingsvereisten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De verkoopfunctie en de zorginkoopfunctie hebben aanvankelijk (bij Zorgverzekeraar VGZ) alle kenmerken van een professionele bureaucratie <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatiemechanisme: standaardisatie van vaardigheden - Belangrijk organisatieonderdeel: de uitvoerende kern - Consequentie: <ul style="list-style-type: none"> Bottom-up besluitvorming en lage hiërarchie Veel horizontale specialisatie Lage score op formalisatie ➤ Deze professionele bureaucratie krijgt in de praktijk (bij VGZ) meer trekken van een machinebureaucratie door de ontwikkeling van procesmatig denken en resultaatgerichtheid ➤ De administratieve functie en de informatiefunctie hebben (bij VGZ) alle kenmerken van een machinebureaucratie <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatiemechanisme: standaardisatie van het werkproces - Belangrijk organisatieonderdeel: de technostaf - Consequentie: <ul style="list-style-type: none"> Top-down besluitvorming en hoge hiërarchie Veel horizontale en verticale specialisatie

Effect van de interne situationele factoren, op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie, in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006	
Ontwikkeling van de interne situationele factoren	Effect op de vijf dimensies Van een bureaucratische organisatie
	<p>Hoge score op formalisatie en standaardisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deze machinebureaucratie krijgt in de praktijk bij Zorgverzekeraar VGZ een menselijk gezicht door de vergaande ontwikkeling van de ICT en de kleine teams.
➤ Ondernemingsstrategie	Zie omvang van de organisatie: schaalvergroting
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leeftijd van de organisatie: <ul style="list-style-type: none"> - ouder wordend - relatief weinig nieuwe toetreders. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meer geformaliseerd gedrag, meer standaardisatie:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Omvang van de organisatie: veelal toegenomen door schaalvergroting 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sterk toegenomen specialisatie (zie hoofdstuk 6) <ul style="list-style-type: none"> - Een uitgebreidere structuur met meer gedifferentieerde eenheden en met meer en grotere staforganen. - Binnen 'oude' en nieuwe organisatieonderdelen meer gespecialiseerde taken. - Andere competenties binnen functies. ➤ Meer formalisatie en standaardisatie, in de besturende -, in de ondersteunende -, en in de uitvoerende processen ➤ Niet meer hiërarchische lagen, wel meer managers per hiërarchische laag
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Het technische systeem is sterk uitgebreid ➤ Het technisch systeem is sterk geavanceerd in de administratieve functie en bij callcentra. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Het werk van de professional wordt meer gestandaardiseerd en meer transparant. <p>Bijvoorbeeld in de verkoopfunctie (CRM, offertesystemen), de zorginkoopfunctie (overeenkomstenregistratie, wachtlijstbeheer, databasetoepassing ten behoeve van zorgkostenbeheersing)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Het werk van de uitvoerende medewerker wordt meer geformaliseerd en gestandaardiseerd en meer transparant. ➤ De infocratie (Zuurmond) of het menselijke gezicht van de machinebureaucratie (Mintzberg) wordt hier zichtbaar.
➤ Machtsrelaties binnen een zorgverzekeraar	<p>Tijdelijke dominantie van de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie of de administratiefunctie</p> <p>Ontstaan van een nieuwe krachtige functie: de informatie-functie: zie figuur 8.1</p>

Tabel 8.8: Het effect van de interne situationele factoren op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie, toegepast op zorgverzekeraars

Er zijn door een meer dynamische en complexe omgeving geen 'organische' structuren bij zorgverzekeraars ontstaan. De vijf dimensies 'centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie' blijven zichtbaar in grotere organisaties. De institutionele taakstelling van zorgverzekeraars, met de enorme aantallen (administratieve) handelingen, kan niet anders dan via een machinebureaucratie worden gerealiseerd.

Oude kritiek

Bureaucratie ontaardt in bureaucratisme, bureaucratistische organisaties zijn inflexibel (niet geschikt voor een dynamische omgeving) en niet fijn om in te werken, zo vat paragraaf 2.3.3 de wetenschappelijke kritiek op bureaucratistische organisatievormen samen. De praktijk van zorgverzekeraar VGZ, CZ, Agis en Menzis en van de andere zorgverzekeraars ontkracht deze kritiek grotendeels. De stelling van Heckscher en Moss Kanter dat deze organisatievorm gedoemd is te verdwijnen, wordt in de zorgverzekeraarsbranche weerlegd. Er zijn bij de zorgverzekeraars desondanks veel elementen zichtbaar van de interactieve organisatie (zie paragraaf 2.4.3) en van de infocratie (zie paragraaf 2.4.5). Bij zorgverzekeraar VGZ zijn dit onder andere: het werken met missie, visie en strategiedocumenten die worden doorvertaald tot op operationeel niveau; structurele functionele en multidisciplinaire netwerken; werken met programma- en projectstructuren; het organisatiebreed communiceren van algemene informatie en informatie over de bereikte resultaten; besluitvormingsprocessen die voor specifieke situaties worden heringericht et cetera.

Wie is na het lezen van het voorgaande nog van mening dat mechanische organisaties zich niet staande kunnen houden in een dynamische omgeving? Niet één ziekenfonds is failliet gegaan in de onderzoeksperiode. Tegengeworpen kan worden dat het transformatieproces dat de ziekenfondsen hebben doorlopen ook wel twintig jaar in beslag heeft genomen: zo dynamisch was het nu ook weer niet. Het feit dat alle ziekenfondsen de historische mijlpaal van de stelselwijziging in 2006 hebben bereikt, is misschien wel te danken aan het feit dat de veranderingen zo geleidelijk geabsorbeerd konden worden. De geïnterviewden stellen echter unaniem dat de omgeving in 2005 dynamischer is dan in 1987 en na de stelselherziening van 2006 zal dat ook niet meer ontkend worden. De moderne machinebureaucratie houdt zich echter goed staande.

De negatieve lading van de bureaucratistische organisatiestructuur is in de eenentwintigste eeuw vergaand geneutraliseerd. Het ideaaltipe van Weber heeft een andere inkleuring gekregen bij de zorgverzekeraars in 2006. Er ontstaat een moderne machinebureaucratie ofwel een klantgerichte bureaucratie. Deze organisaties zijn met een nieuwe invulling van de vijf dimensies heel goed in staat om de veranderde en dynamische omgeving adequaat te bedienen.

8.3.1 Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft een aantal inzichten opgeleverd waarmee het management van organisaties (zorgverzekeraars of andere machinebureaucratieën) periodiek kan debureaucratiseren en de klantgerichtheid kan verbeteren. De onderstaande aanbevelingen zijn hierop gebaseerd. De ervaringen van de onderzoekster als kwaliteitscoördinator zijn hierbij ook meegenomen.

Periodiek debureaucratiseren

De positieve waardering van de nieuwe 'klantgerichte bureaucratie' ontslaat het topmanagement niet van de verplichting om alert te blijven. In een slecht geleide organisatie hebben staforganen nog steeds de neiging om te groeien, regels de neiging om te accumuleren en

beheersmaatregelen de neiging om het terechte of onterechte wantrouwen te institutionaliseren en creativiteit te smoren. Langzaam krijgt de organisatie dan een waterhoofd en voelen de uitvoerende professionals zich in de minderheid en miskent. Bewust en periodiek debureaucratiseren blijft belangrijk om de bureaucratie, in de wetenschappelijke betekenis, het hoofd te bieden.

Na een fusie, integratie- of concentratiefase en tijdens bezuinigingsoperaties worden de organisatiestructuur en de bedrijfsprocessen van zorgverzekeraars opnieuw ingericht. De constatering dat deze opschoning vaak schoksgewijs plaatsvindt (zie paragraaf 2.4.3), is bij de zorgverzekeraars aantoonbaar en mede gekoppeld aan de bovengenoemde momenten (zie tabel 8.1 en 8.8). De toegenomen druk van de omgeving verhoogt het noodzakelijke tempo van deze opschoningsslagen: de huidige zorgverzekeraar moet tegelijkertijd sneller, beter én goedkoper werken. De toegenomen financiële verantwoordelijkheid, de toegenomen concurrentie, hogere eisen aan de transparantie van de organisatie en sinds 2005 de druk van de politiek en van de verschillende vergelijkingssites om de consument een bewuste keuze voor een zorgverzekeraar te laten maken, maken dat een zorgverzekeraar het zich niet meer kan permitteren om te vervetten.

Zorgverzekeraars zijn op specifieke momenten (vaak gekoppeld aan fusies en reorganisaties naar aanleiding van fusies, zie tabel 8.5) actief bezig om op de vijf dimensies (centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie) te debureaucratiseren: er ontstaat (tijdelijk) een geschoonde bureaucratie.

Aanbeveling:

Om schoksgewijze veranderingen te egaliseren, zou het management ook los van deze momenten frequent (bijvoorbeeld jaarlijks) en bewust moeten beoordelen of debureaucratiseren mogelijk is. De literatuur doet hiervoor suggesties, zie paragraaf 2.6. Ook de gevalsstudie VGZ levert goede voorbeelden op, zie paragraaf 6.4.

De klantgerichte bureaucratie kan op de dimensies centralisatie en hiërarchie debureaucratiseren door:

- per geval geëigende, snelle en soepele besluitvormingsprocessen in te richten met betrokkenheid van relevante externe en interne functionarissen;
- besluitvorming te baseren op meer, betere en feitelijke informatie, omgevingsanalyses et cetera;
- verantwoordelijkheden en bevoegdheden te decentraliseren waarbij richtinggevende kaders (zoals een missie, visie, beleidskaders) de organisatiedoelen verwoorden en waarborgen;
- communicatie over doelstellingen en bereikte resultaten te entameren;
- informatie vrijuit beschikbaar te stellen via een intranet;
- een geïnstitutionaliseerde dialoog tussen collega's over afdelingsgrenzen heen, verticale, horizontale en diagonale communicatie;
- via functionele netwerken, programma's en projecten het multidisciplinaire samenwerken te bevorderen;
- het 'leren en verbeteren' binnen de organisatie te activeren door de plan-do-check-act cirkel consequent en op alle niveaus toe te passen;
- kennis van medewerkers maar ook van organisatieonderdelen te delen via het uitwisselen van best-practices;
- periodiek vanuit een auditorsbril naar een organisatie te kijken via zelfevaluaties of positiebepalingen (het INK-managementmodel als diagnose-instrument) et cetera.

De klantgerichte bureaucratie kan op de dimensie specialisatie niet lager scoren in absolute zin, maar de negatieve effecten hiervan kunnen wel geneutraliseerd worden door:

- de erkenning van de onderlinge afhankelijkheid om gezamenlijk de organisatiedoelen te realiseren;
- de functionele verkokering te verminderen door een andere procesinrichting;

- proceseigenaren die de klant-tot-klant processen bewaken en bijsturen;
- effectieve coördinatiemechanismen in te zetten;
- service-level-agreements met aanpalende afdelingen overeen komen.

De klantgerichte bureaucratie kan op de dimensies formalisatie en standaardisatie probleemloos hoog scoren door een effectieve inzet van informatie- en communicatie-technologie. De infocratie van Zuurmond hoeft niet de nare trekjes te vertonen die hij schetst. Als mensen via Internet hun eigen gegevens kunnen inzien en zo nodig corrigeren, is de Creator (Zuurmond, 1997) geen alwetende onbekende maar een mens van vlees en bloed.

De technologische ontwikkelingen zullen de dienstverlening aan klanten ook in de toekomst nog sterk verbeteren. Formalisatie en standaardisatie zijn dan in de ogen van klanten niet langer symptomen van een bureaucratische organisatie, maar een verademing omdat de papieren rompslomp juist vermindert, eindeloos dezelfde gegevens moeten opgeven verleden tijd is en inhoudelijk slechte overdrachten tussen organisaties, organisatie-onderdelen en functionarissen voorkomen kunnen worden.

Terugdringen van administratieve lasten

Voor het behoud en de tevredenheid van klanten is het wenselijk om de bedrijfsvoering continu te verbeteren. De in wet- en regelgeving vastgelegde eisen aan het functioneren van zorgverzekeraars, zijn bedoeld om een rechtmatige en doelmatige uitvoeringspraktijk te borgen. Het zijn in principe goede of goed bedoelde regels. Deze eisen van toezichthouders zijn er op gericht om de continuïteit van het systeem te borgen. Toch worden deze regels door zorgverzekeraars wel eens als belemmerend ervaren voor de klantgerichtheid. Ook klanten kunnen deze regels niet altijd waarderen: de organisatie is bureaucratisch in de populaire betekenis van het woord.

In de onderzoeksperiode is het toezicht vergaand gemoderniseerd en het voorschrijven van gedetailleerde controles (een inspanningsverplichting) is vervangen door verantwoording door de organisaties (resultaatsverplichting). Er zijn daarnaast voor zorgverzekeraars nog twee manieren om de administratieve lasten voor de verzekerde terug te dringen.

De eerste manier is het consequent uitbannen van de 'slechte regels', zoals Adler en Borys propageren (paragraaf 2.4.2). Regels waar niemand nog het nut van inziet of regels die het georganiseerde wantrouwen in de zorg in stand houden. De Commissie De Beer (2002) gaf hiervan enkele voorbeelden. Denk aan de machtigingen die vrijwel altijd worden toegekend en die administratief pas verwerkt zijn als de patiënt al weer is ontslagen. Dit soort regels kan simpelweg vervallen of vervangen worden door andere beheersmaatregelen die de klant niet onnodig belasten. Ook nieuwe regelgeving moet op het aspect van klantgerichtheid beoordeeld worden.

De tweede manier, die uitgevoerd moet worden ná het uitbannen van de slechte regels, is het automatiseren van de goede regels. De infocratie van Zuurmond (1994) is bij de zorgverzekeraars realiteit: de hoeveelheid mutaties, declaratieregels, telefoontjes en andere (administratieve) handelingen is door de toegenomen verzekerdenaantallen enorm. Zonder een adequate ICT-structuur is het huidige niveau van dienstverlening door zorgverzekeraars niet te realiseren. Met de huidige ICT-ontwikkelingen bij zorgverzekeraars krijgt de machine-bureaucratie weer een menselijk gezicht, zoals Mintzberg (1997) al aangaf.

Aanbeveling:

Zorgverzekeraars kunnen in nauwe samenwerking met de betrokken ministeries en toezichthouders de administratieve lasten voor de klant verder terugdringen door bij nieuwe wettelijke maatregelen de 'administratieve last' mee te laten wegen. Hiervoor kan op ZN-niveau een equivalent van de commissie Actal (Adviescollege toetsing administratieve lasten) opgericht worden.

Mogelijkheden om de klantgerichtheid van de organisatie verder te verbeteren zijn (zie paragraaf 2.6):

- het stimuleren van betekenisvolle klantrelaties en zelf als leiding contact onderhouden met klanten;
- identificeren van punten waar service van belang is en van potentiële behoeften en wensen van klanten;
- definiëren van als zinvol beleefde parameters/prestatie-indicatoren om de resultaatgerichtheid van de organisatie te bevorderen;
- normen of kwaliteitssystemen invoeren om de integraliteit van aansturing te bevorderen;
- beleid voeren op strijdige belangen van verschillende klantgroepen/andere belanghebbenden
- korte regelkringen hanteren;
- sturen op samenhang in bedrijfsprocessen vanuit het klantperspectief;
- budget, tijd en ruimte geven voor verbeteracties, erkennen en waarderen van verbeteracties;
- de klant als uitgangspunt nemen voor het formuleren van beleid (klantsegmentatie);
- gebruik van informatie van klanten bij het formuleren van beleid en betrekken van klanten bij de besluitvorming over beleid;
- gebruik maken van informatie van medewerkers bij het formuleren van beleid (medewerkers weten als eerste wat klanten wensen) en betrekken van medewerkers bij de besluitvorming over beleid;
- communiceren over het beleid, in- en extern (vooraf informeren en achteraf verantwoorden);
- werving en selectie ontwikkelen ten behoeve van de klantgerichtheid en vergroten van de klantgerichtheid van medewerkers door coaching, opleiding en training, werkoverleg enzovoort;
- gewenste gedragsaspecten expliciet maken en belangrijke aspecten voor resultaat- en klantgerichtheid opnemen in beoordelings- en beloningssystemen;
- loopbaanontwikkeling binnen de organisatie in verband brengen met de gewenste klantbenadering en nieuwe functies inrichten naar aanleiding van nieuwe (klant) omgevingseisen.

De klant in beeld brengen

Ook vanuit het kwaliteitsdenken en de toepassing van het INK-managementmodel zijn aanbevelingen te formuleren.

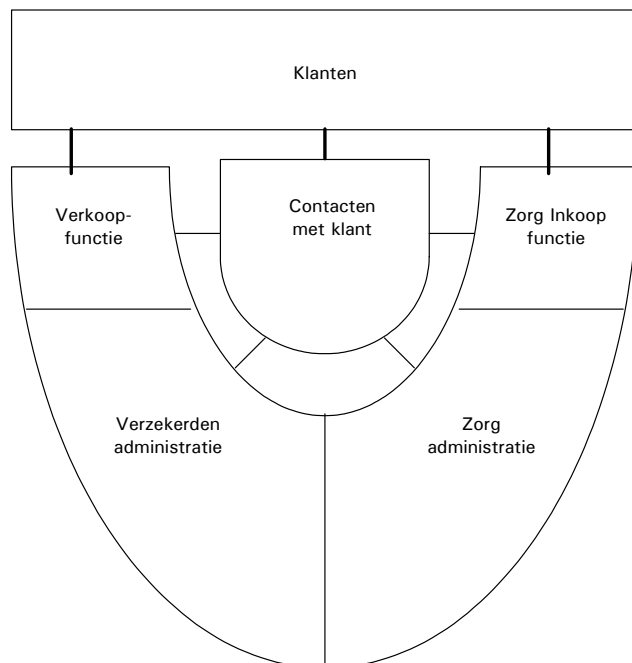
Zorgverzekeraars zijn als organisaties in de terminologie van het INK-managementmodel nog voornamelijk fase 1 (activiteitgeoriënteerd) of fase 2 (procesgeoriënteerd) organisaties. Hoewel zeker elementen van fase 3 (systeemgeoriënteerd) en zelfs fase 4 (ketengeoriënteerd) zichtbaar zijn, wordt de klant door middel van klanttevredenheidsonderzoeken toch nog vooral als eindpunt geraadpleegd. Normen voor prestatie-indicatoren worden door de organisatie bepaald, op basis van wat haalbaar is en wat de klant wenst volgens de leden van de organisatie. De klant echt als uitgangspunt nemen is toch nog iets anders. Pas een fase 3-organisatie is echt klantgericht, zie tabel 2.14. De externe klant is de enige actor die de verschillende kernfuncties van een zorgverzekeraar verbindt, zie figuur 8.1 (gebaseerd op het gedachtegoed van F. Stevens, voormalig directeur INK) en die een synthese tussen de verschillende visies op de core-business van een zorgverzekeraar tot stand kan brengen (zie hoofdstuk 5 en paragraaf 8.4).

Aanbeveling:

Er zijn diverse mogelijkheden om de klant in beeld te brengen en een gestructureerde dialoog met de klant aan te gaan. Zorgverzekeraars kunnen hiervoor bij elkaar te raden gaan en bij best-in-class organisaties op dit gebied. Voorbeelden van een gestructureerde dialoog met de klant zijn:

- overleg met een ledenraad, raad van advies;
- structureel overleg met patiëntenverenigingen;
- een vaste en kleine groep klanten die jaarlijks enkele malen meepraten over het beleid, de producten en diensten van een organisatie (zoals een klankboard (Robeco) of een klantenraad van Nuon);
- werken met focusgroepen: variabele en kleine groepjes mensen die worden uitgenodigd om eenmalig rond een bepaald onderwerp mee te denken en te praten;
- werken met klantenpanels (zoals het Trias Verzekerdenpanel, het VGZ Verzekerdenpanel, het PGB-budgethouderspanel van het onderzoeksbureau ITS van de Radboud Universiteit Nijmegen in opdracht van het ministerie van VWS): mensen die zich vrijwillig aanmelden om enkele malen per jaar deel te nemen aan kwantitatief onderzoek (telefonische of schriftelijke vragen);
- structurele nabelacties (bijvoorbeeld naar klanten die een klacht hebben ingediend);
- betrekken van collectiviteiten bij beleidsontwikkeling, et cetera.

De onderscheiden kernfuncties dienen daarnaast bewust en frequent met elkaar in dialoog te worden gebracht om (toekomstige) klantwensen te inventariseren en deze te vertalen naar de bedrijfsprocessen of naar nieuwe producten en dienstverlening. Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van nieuwe dienstverlening door multidisciplinaire teams, het overdragen van onderhandelingsvaardigheden van de verkoopfunctie naar de zorginkoopfunctie, periodieke casusbesprekingen tussen medewerkers van de backoffice en medewerkers die aan de telefoon zitten en medewerkers die klachten behandelen et cetera.



Figuur 8.1: De kernfuncties van de klantgerichte zorgverzekeraar, hun relaties met elkaar en de klanten.

Daarnaast kunnen de organisatieonderdelen die direct contact hebben met de klant, hun kennis hierover delen om de sterke punten en de verbeterpunten van de organisatie te ontdekken. Bovendien kunnen zij deze kennis overbrengen naar backoffices, ondersteunende diensten, staforganen en managers. Iedereen in de organisatie, waar hij of zij ook werkt, moet ook de *externe* klant in beeld hebben om te kunnen beoordelen of zijn werk toegevoegde waarde heeft. Het bundelen van signalen uit de contacten met klanten, het analyseren van deze informatie en het vertalen van de resultaten naar de verschillende processen (besturende, ondersteunende en realisatieprocessen) is cruciaal voor het verbeteren van de klantgerichtheid van de organisatie.

De resultaten van klanttevredenheidsonderzoek inbedden in het beleid van de organisatie

Er zijn verschillende manieren om de resultaten van een organisatie te meten en te duiden. Klanttevredenheidsonderzoeken zijn één manier. Zorgverzekeraars kunnen de resultaten van klanttevredenheidsonderzoeken (KTO) benutten voor het verbeteren van hun bedrijfsprocessen. Een signaal uit een KTO is krachtig als het bevestigt wat management of medewerkers zelf ook al aanvoelen, als het presteren op het betreffende aspect ook feitelijk beneden de maat is, als een zorgverzekeraar significant slechter scoort dan andere zorgverzekeraars op dat aspect of als een resultaat significant afwijkt van een ingezette trend. Een signaal uit een KTO wordt diffuus en daardoor door het management genegeerd, als dit niet het geval is.

De relevantie van KTO's kan toenemen als een organisatie deze weet te positioneren ten opzichte van andere resultaatmetingen om op basis hiervan nieuw beleid te ontwikkelen. Een handreiking hiervoor biedt de beoordelingsmethodiek van het INK-managementmodel voor de resultaatgebieden, zie tabel 8.9.

Resultaatgebieden – Scoringsopzet volgens het INK-managementmodel	
Opzet:	Keuze van de maatstaven: <ul style="list-style-type: none"> - Maatstaven zijn afgeleid van missie, visie en strategie van de organisatie - Relaties met andere maatstaven zijn transparant Meetmethode: <ul style="list-style-type: none"> - Er is een adequate meetmethode vastgesteld en ingevoerd
Uitkomsten:	Doelstellingen: <ul style="list-style-type: none"> - Doelstellingen zijn vastgesteld - Doelstellingen worden gerealiseerd Trends: <ul style="list-style-type: none"> - De trends zijn positief - Toekomstige resultaten zijn voorspelbaar Vergelijking: <ul style="list-style-type: none"> - De resultaten van de organisatie worden vergeleken met die van andere organisaties - In vergelijking met andere organisaties (binnen de branche of met best-in-class bedrijven) presteert de organisatie conform de doelstellingen
Gebruik:	Oorzaak/gevolg: <ul style="list-style-type: none"> - De resultaten kunnen worden verklaard uit de gekozen aanpak in de organisatiegebieden Verbeteren en vernieuwen: <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten en analyses hiervan worden gebruikt om continu te verbeteren

Tabel 8.9: Resultaatgebieden – Scoringsopzet volgens het INK-managementmodel

Aanbeveling

KTO's dienen ingebed te worden in wat de organisatie wil bereiken, het feitelijke prestatie-niveau van de organisatie op de gekozen maatstaven, de mogelijkheid om naar aanleiding van de resultaten van het KTO de bedrijfsprocessen ook echt te verbeteren en de voor-spellende waarde van het KTO op het gedrag van klanten. Via deze beslissingsboom kan beoordeeld worden welke KTO's uitgevoerd moeten worden en hoe de resultaten hiervan kunnen neerslaan in de bedrijfsprocessen.

Bijvoorbeeld:

- de visie van een organisatie is om qua kwaliteit van dienstverlening te behoren tot de top drie van landelijk werkende zorgverzekeraars;
- een belangrijk aspect van deze dienstverlening is 'snelheid uitbetalen rekeningen' (belang 3 van 32 aspecten, zie tabel 3.12);
- de organisatie betaalt 80% van alle nota's uit binnen 5 werkdagen (dit is de vastgestelde norm op basis van klantverwachtingen);
- de klant waardeert het aspect 'snelheid uitbetalen rekeningen' met een rapportcijfer 7,4;
- met dit resultaat behoort de organisatie tot de top 3;
- de klant zal om deze ervaren prestatie van de organisatie niet overwegen om van zorgverzekeraar te switchen.
- de organisatie heeft geen prioriteit om op grond van deze resultaten het betreffende bedrijfsproces te verbeteren.

Continu verbeteren

De medewerkers van een zorgverzekeraar zijn door de gekozen onderzoeksopzet in deze studie nauwelijks belicht. Dit is een bewust manco, maar toch een manco. De klant-tevredenheid wordt uiteindelijk bepaald door de klantgerichtheid van de individuele medewerker die op een specifiek contactmoment met de klant gewoon zijn werk doet, zijn dag niet heeft of juist uiterst gemotiveerd is en zichzelf overtreft. Het weggooien van zijn intelligentie, volgens Heckscher een kenmerk van de bureaucratische organisatie (zie paragraaf 2.4.3) is om meerdere redenen zonde.

Aanbeveling:

Het INK-managementmodel bevat een organisatiegebied 'management van medewerkers' en een resultaatgebied 'medewerkers'. In het organisatiegebied is HRM als strategisch instrument van belang bij de ontwikkeling van de klantgerichtheid. 'Medewerkers moeten zich bewust zijn van wat de organisatie doet en wat zij daar zelf aan bijdragen. Zij moeten het verband zien tussen hun werk en de kwaliteit van de producten of dienstverlening en/of de marktpositie' (F.Stevens, 2000). In het resultaatgebied is het belangrijk om medewerkers periodiek te raadplegen. De huidige medewerkerstevredenheidsonderzoeken kunnen daarbij effectiever worden ingezet dan nu het geval is. 'Als werkgever moet je niet vragen naar tevredenheid. Bazen zijn er niet om medewerkers tevreden te maken. Bazen moeten medewerkers duidelijk maken welke bijdragen zij leveren, welke waarde ze hebben. Bazen moeten wel weten hoe medewerkers dit waarderen' (F.Stevens, 2000).

Door de raadpleging van medewerkers in te richten naar de gebieden van het INK-managementmodel, worden sterke punten en verbeterpunten van de organisatie in de ogen van de medewerkers inzichtelijk.

Voorbeelden van het bevragen van medewerkers

Leiderschap

Weet u waar uw organisatie(-onderdeel) voor staat?
Hoe wordt met verbetersuggesties van medewerkers omgegaan?
Weet u wat uw bijdrage is aan de geleverde producten of diensten?

Strategie en beleid	Kent u de jaardoelstellingen van uw afdeling? Hoe worden de bereikte resultaten gecommuniceerd binnen uw organisatieonderdeel?
Management van medewerkers	Wat zijn de belangrijkste criteria voor het aannemen van nieuwe medewerkers? Hoe worden de ontplooiingsmogelijkheden van medewerkers benut? Hoe wordt uw vakkennis getoetst?
Management van middelen	Bestaat er een koppeling tussen de verdeling van de financiën en het behalen van resultaten? Wat wordt er gedaan om de betrouwbaarheid van de informatievoorziening te borgen?
Management van processen	Zijn werkprocessen beschreven en bij u bekend? Hoe wordt uw kennis van de bedrijfsprocessen getoetst? Leiden klachten tot aanpassingen van de processen?
Resultaatgebied klanten en leveranciers	Ontvangt u de voor u relevante informatie uit klanttevredenheids onderzoek? Wat zijn de drie meest voorkomende klachten van klanten?
Resultaatgebied medewerkers	Bent u tevreden over de wijze waarop uw afdeling functioneert? Bent u tevreden over de wijze waarop uw leidinggevende functioneert?
Resultaatgebied maatschappij	Ontvangt u de relevante informatie uit het oordeel van toezichthouders?
Resultaatgebied bestuur en financiers	Worden de operationele doelstellingen gerealiseerd? Welke toegevoegde waarde heeft uw afdeling in de keten waarin zij zich bevindt?

Een andere manier om medewerkers te betrekken bij het verbeteren van de klantgerichtheid van de organisatie, is het 'continu verbeteren' te faciliteren door hiervoor tijd en geld ter beschikking te stellen. Deze investering zal zichzelf terugverdienen en de waardering van de medewerker als weldenkend mens zal daarnaast de zingeving van het werk ten goede komen. Zie nogmaals paragraaf 2.4.2, waar de lerende bureaucratie van Adler en Borys wordt beschreven.

Toepassen van een organisatiebreed kwaliteitssysteem

De vier beschreven zorgverzekeraars hebben in de onderzoeksperiode geen organisatiebreed kwaliteitssysteem geïmplementeerd als antwoord op de veranderende omgeving. Zorgverzekeraars zijn niet gecertificeerd volgens ISO of een ander (branchegebonden) toetsingskader, waarschijnlijk omdat de verschillende toezichthouders en de accountant deze functie voor een belangrijk (maar beperkt) deel opvangen. Zij doen niet actief mee met kwaliteitsprijzen en er is geen 'peer-review' op de belangrijkste bedrijfsprocessen tussen zorgverzekeraars, waarschijnlijk omdat de toegenomen concurrentie dit verhindert.

Bij CZ en bij Menzis is wel de Business Balanced Scorecard ingevoerd, waarmee enkele INK-gebieden zijn gedekt. Zorgverzekeraar VGZ heeft het INK-managementmodel geïntegreerd in de beleids- en uitvoeringscyclus. Deze organisatie heeft verschillende INK-zelfeva-

luaties en positiebepalingen uitgevoerd en er zijn INK-auditoren opgeleid. De toepassing van het INK-model bij Zorgverzekeraar VGZ heeft een aantal inzichten opgeleverd:

- door het model te integreren met de beleids- en uitvoeringscyclus van de organisatie, is het model geen doel op zich geworden maar ondersteunend bij het bepalen van de strategische koers van de organisatie. Er is een gemeenschappelijke taal ontstaan om te praten over beleid, uitvoering en resultaten. De aanvankelijk sterk financieel getinte aansturing is verbreed tot sturing op prestatie-indicatoren die alle resultaatgebieden bestrijken;
- met behulp van het INK-model is Zorgverzekeraar VGZ er in geslaagd de oorspronkelijke inspanningsgerichte cultuur geleidelijk om te buigen naar een meer resultaatgerichte cultuur;
- de Plan-Do-Check-Act cirkel die op meerdere manieren in het model zit (zie paragraaf 1.5) blijkt, mits consequent en goed toegepast, een uitstekend instrument om de aansturing en de bedrijfsvoering van de organisatie continu te verbeteren;
- het model ondersteunt bovendien een ontwikkelingsgerichte organisatie doordat de vijf fasen van het model inzicht geven in concrete verbetermogelijkheden;
- met behulp van de INK-resultaatgebieden is VGZ er in geslaagd de interne transparantie over de bereikte resultaten en de externe verantwoording hierover sterk te verbeteren;
- door het INK-managementmodel tevens te gebruiken als diagnosemodel, bijvoorbeeld door een positiebepaling of een zelfevaluatie uit te voeren, krijgen medewerkers en managers de gelegenheid om even los te komen van de waan van de dag. Er ontstaat een betrouwbaar en integraal beeld van het presteren van een organisatie (onderdeel) op dat moment. De ervaring leert dat dit gedeelde beeld altijd één of meerdere eye-openers bevat waar men direct zijn voordeel mee kan doen.

Aanbeveling:

In dit onderzoek is het INK-managementmodel gebruikt om structuur aan te brengen in de beschrijving van de gevalsstudie. Door de ondernemers-as van het INK-model te belichten, is het INK-model als sturingsmodel voor een zorgverzekeraar belicht. De onderzoekster is van mening dat de gevalsstudie VGZ aantoont dat het gebruik van een kwaliteitssysteem ondersteunend is bij de aansturing van de organisatie.

Na dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de genoemde vijf kenmerken van een excellente organisatie ook kritisch zijn voor een zorgverzekeraar die nu en in de toekomst de aansluiting op de omgeving wil behouden en verbeteren: leiderschap met lef, resultaatgerichtheid, continu verbeteren, transparantie en samenwerken.

8.4 Vooruitblik: de zorgverzekeraar als maatschappelijk ondernemer

Deze laatste paragraaf werpt kort een blik op de toekomst. De wereld van zorgverzekeraars is na de stelselherziening van 2006 onherroepelijk gewijzigd. Er is veel meer gebeurd dan het opheffen van de ziekenfondsgrens.

Op de zorgverzekeraarsmarkt heeft rond de jaarwisseling van 2006 een stevige concurrentie gewoed, met duidelijke winnaars en verliezers. De transparantie in het zorgverzekeringsaanbod is toegenomen door de vele vergelijkende producten en de verzekerde is tegen veler verwachting in zeer geïnteresseerd gebleken. De concurrentie op de prijs en de toegenomen collectivisering heeft in 2006 een enorme verschuiving van verzekerden veroorzaakt. De schaalvergroting onder zorgverzekeraars zet door. De vraag is nu wat in deze nieuwe context 'klantgerichtheid' voor zorgverzekeraars gaat betekenen.

Klantgerichtheid in het nieuwe stelsel

In de voorbije onderzoeksperiode heeft de nadruk gelegen op de klanttevredenheid ten aanzien van de administratieve functie. Deze functie is sterk geprofessionaliseerd onder invloed van de toegenomen financiële verantwoordelijkheid, de schaalvergroting in de branche en de modernisering van het toezicht. De technologische ontwikkelingen in diezelfde periode zijn de 'enabler' gebleken. Zorgverzekeraars presteren in de ogen van de toezichthouder én in de ogen van de klanten relatief goed ten aanzien van deze functie. Deze prestaties blijven in de toekomst cruciaal, maar een zorgverzekeraar kan zich niet langer uitsluitend hierop onderscheiden. Zorgverzekeraars zijn meer dan administratiekantoren. Het correct, snel en goedkoop uitvoeren van de administratieve functie is een hygiënefactor. 'Operational excellence' tegen een lage prijs is in de toekomst een voorwaarde om mee te blijven doen. Klantgerichtheid in de administratieve functie behelst in de nabije toekomst het actief inschakelen van de klant in dit proces door de inzet van Internet, en het verwerken van meer variatiemogelijkheden door de toenemende productdiversificatie.

De verkoopfunctie zal in de toekomst minstens zo belangrijk zijn, gezien de toegenomen concurrentie en belangstelling van (zakelijke) klanten voor het zorgverzekeringsproduct. De verkoopfunctie wint dus aan belang. De visie van de verkoopfunctie (zie hoofdstuk 5) stelt dat de core-business van een zorgverzekeraar het verzekeren van risico's is. Kernbegrippen van deze visie zijn: maatwerk in polissen, premiedifferentiatie, strenge selectie- en acceptatiecriteria en rendementsberekeningen en een perfecte service voor de onderscheiden klantsegmenten.

Een effect van een meer dominante verkoopfunctie is in 2006 al zichtbaar in de klantsegmentatie en de productdiversificatie. De klantgerichtheid van zorgverzekeraars neemt daadwerkelijk toe. Het traditionele onderscheid tussen ziekenfonds- of particulier verzekerd, is vervangen door een onderscheid naar individueel of collectief verzekerd (horizontale en werkgeverscollectiviteiten). De (financiële) klantwaarde of het rendement gaat nadrukkelijk meespelen. Dit zien we op de zakelijke markt (doelgroep werkgevers) terug in het aanbieden van andere verzekeringen, zoals de verzuimverzekeringen. Ook worden er steeds meer polissen ontwikkeld voor een klantsegmentatie naar leeftijd, gezondheid en zorgbehoeften (polissen voor jongeren en ouderen, voor sporters of specifieke patiëntengroepen) en worden nieuwe distributiekanaalen ontwikkeld, bijvoorbeeld via winkelketens.

Als deze visie op de core-business van een zorgverzekeraar blijvend dominant wordt, is het risico aanwezig dat de solidariteit tussen de verschillende klantsegmenten in het geding komt. De eerste signalen zijn hiervan al gegeven.

Behoud van de solidariteit

Er zijn steeds meer signalen dat de solidariteit onder druk komt te staan.

- Politici wijzen op de verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid. Dit leidt tot vragen over hoe deze verantwoordelijkheid zich vertaalt in de premies. Het is immers bijzonder moeilijk om ten aanzien van de gezondheidszorg oorzaak (gezond leven) en gevolg (het voorkomen van ziekte) te begrijpen en om de vooronderstelling dat ongezond leven leidt tot hogere kosten hard te maken. ('Mensen hebben wél recht op een ongezond leven: Hoogervorst wil af van solidariteit in gezondheidszorg', NRC 28 april 2005).
- Het nieuwe zorgstelsel leidt mogelijk tot meer onverzekerden. Tot 2006 werden onverzekerden altijd geholpen, maar hier worden beperkingen aan gesteld ('Tweedeling in gezondheidszorg is nu een feit' en 'Alle zorg voor alle patiënten.' NRC 27 december 2005).
- Er worden met maatwerkpolissen steeds meer specifieke doelgroepen onderkend door zorgverzekeraars. Deze vorm van klantgerichtheid leidt ertoe dat de doelgroepen die voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk zijn, kunnen kiezen uit een divers verzekeringsaanbod. Mensen die daar buiten vallen, krijgen minder keuzemogelijkheden.

- 'RVZ signaleert afkalvend draagvlak voor solidariteit in de zorg. Gezonde Nederlanders blijken niet langer zonder meer bereid mee te betalen aan de stijgende kosten van de gezondheidszorg' (ZN Journaal, 25 januari 2006).
- 'Verzekeraar Azivo gaat het zorgstelsel aanvechten bij het Europees Hof van Justitie. Volgens Azivo gedooft de (Europese) Commissie ten onrechte een verkapte vorm van staatssteun die in het stelsel zit. Azivo heeft veel verzekerden uit de Haagse achterstandswijken. Zorgverzekeraars in grote steden hebben te maken met hogere claims van klanten die onvoldoende worden weggepoetst' (NRC, 23 mei 2006).

De geschiedenis maakt duidelijk dat een afkalvende solidariteit tussen bevolkingsgroepen vroeger of later leidt tot politiek ingrijpen, omdat de premies voor groepen (kwetsbare) mensen onbetaalbaar kunnen worden. Dit 'ingrijpen' bestaat enerzijds uit het verschuiven van de financiering van de zorg van de collectieve lasten naar individuele lasten: er worden verstrekkingen uit de basisverzekering gehaald (die daardoor goedkoper wordt) of er worden eigen bijdragen ingevoerd. Anderzijds worden negatieve inkomenseffecten gecompenseerd via zorgtoeslagen. Dit beleid leidt echter niet tot lagere zorgkosten. Andere gevolgen van een dominante verkoopfunctie zijn:

- hogere uitgaven voor marketing en acquisitiekosten (collectiviteitskortingen en provisies voor assurantietussenpersonen) door een voortdurend scherpe concurrentie op de zorgverzekeraarsmarkt. Dit geld komt niet ten goede van de zorg;
- paradoxaal genoeg minder zorgverzekeraars om uit te kiezen, door de schaalvergroting;
- keuzestress, doordat veel organisaties werk maken van het produceren en publiceren van vergelijkende overzichten van het zorgverzekeringsaanbod. Verzekerden zien door de bomen het bos niet meer. Zij worden jaarlijks geconfronteerd met een keuzeprobleem, doordat zij kunnen kiezen tussen verschillende maatwerkpolissen én tussen verschillende collectiviteitscontracten.

De zorgverzekeraars muteren hierdoor jaarlijks vele honderduizenden verzekerden, wat veel werk (en kosten) met zich meebrengt. Het rendement hiervan is op zich discutabel: 'Van een polis is nog nooit iemand beter geworden', verwoordt een bestuursvoorzitter treffend.

De zorgverzekeraar als maatschappelijk ondernemer

Biedt de visie van de zorginkoopfunctie dan soelaas: het verbinden van vraag en aanbod van zorg? Het idee was immers dat zorgverzekeraars met elkaar zouden gaan concurreren op service en prijs, door de beste zorg voor de laagste prijs in te kopen.

De ontwikkeling van de klantgerichtheid in de zorginkoopfunctie heeft in de onderzoeksperiode een duidelijker klantbeeld en diverse nieuwe producten en diensten opgeleverd. Toch is de toegevoegde waarde hiervan in de ogen van de klant in 2006 nog niet altijd duidelijk. De waardering van zorgaanbieders wordt niet gekoppeld aan de inspanningen van de zorgverzekeraars op dit gebied. En als zorgverzekeraars besluiten om 'kwalitatief minder presterende of te dure' zorgaanbieders niet te contracteren, wordt dit niet uitgelegd als 'in het belang van de klant', maar als belemmerend voor de keuzevrijheid. Worden de zorgverzekeraars in de toekomst gewone 'schadeverzekeraars', omdat investeren in de zorginkoopfunctie blijkbaar niet loont? De onderzoekster doet een voorzet: zorgverzekeraars moeten vooral zorgverzekeraars blijven.

De komende jaren worden minstens zo belangrijk als de voorbije periode. Nu het verzekeringsstelsel opnieuw is ingericht en de aandacht hiervoor langzaam wegebt, kan de energie weer volledig naar de inhoud van de zorg gaan, waar het eigenlijk allemaal om te doen is geweest. Terug dus, naar de altijd actuele doelstelling van de Commissie Dekker:

‘Het tot stand brengen van een doelmatig stelsel dat voldoende flexibel is om het aanbod van zorg zonder belemmeringen te laten aansluiten op de behoefte aan zorg in de samenleving’.

Zorgverzekeraars kunnen in de toekomst een nieuwe identiteit ontwikkelen, als maatschappelijk ondernemer. Dit is een uitdaging voor een nieuwe generatie bestuurders die aantreedt, omdat goede, toegankelijke en betaalbare zorg van zo groot maatschappelijk belang is. Het gaat niet om het kiezen van één visie (zie hoofdstuk 5), maar om de integratie van de drie visies. Binnen deze context is de verkoopfunctie van belang voor het onderkennen van de behoeften van de markt en het verkopen van de, samen met de zorginkoop ontwikkelde, producten en diensten. De administratiefunctie legt de noodzakelijke infrastructuur aan, binnen de organisatie van een zorgverzekeraar maar ook tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars en andere gegevensaanleverende partijen. Het verder ontwikkelen van de ICT in de zorg, met waarborgen voor privacy en beveiliging, is van groot belang. Administratieve lasten worden actief bestreden. De informatiefunctie van zorgverzekeraars kan zich nog veel verder ontwikkelen. Door het ingaand en uitgaand berichtenverkeer met klanten te monitoren, ontstaat hier het nieuwe hart van de zorgverzekeraar als maatschappelijk ondernemer, zie figuur 8.1. De zorginkoopfunctie verbindt op een zakelijke, klant- en resultaatgerichte wijze de zorgvraag en het zorgaanbod, ondersteunt zorgvernieuwing en streeft zorgkostenbeheersing na. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is immers voor *alle* actoren van belang om de solidariteit te behouden, als verworvenheid van de geschiedenis. Het integreren van de drie visies, beschreven in hoofdstuk 5, is mogelijk door de (zorgvragende) klant altijd en overal centraal te stellen. Deze klant, vertegenwoordigt door de collectiviteit waar hij bij aangesloten is, kan nu een centrale rol gaan spelen door de macht van de grote getallen. Als de collectiviteiten de zorgverzekeraars onder druk houden om de juiste producten aan te bieden met een goede prijs/kwaliteitverhouding, werkt dit door naar de zorgaanbieders, die zich hier al op voorbereiden.

Er zijn kortom voldoende interessante ontwikkelingen die uitnodigen om het wetenschappelijk onderzoek in de zorgverzekeraarsbranche voort te zetten. De ontwikkeling van de rol van collectiviteiten en de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn prachtige onderwerpen voor dit vervolgonderzoek.

Bijlage 1
Ziekenfondsen in 1984
Zorgverzekeraars in 2005/2006

Ziekenfondsen in 1984	
Alkmaar-Den Helder en Omstreken	Haaglanden Den Haag
Alphen en Omstreken	West-Friesland Hoorn
Amersfoort en Omstreken	Leeuwarden – Sneek
C.Z.H. Amstelveen	APFZ Leeuwarden
Amsterdam en Omstreken	Z.L.O. Leiden
Apeldoorn en Omstreken	Z.Z.L. Maastricht
M.Z.B. Bergen op Zoom	DNO Meppel
A.Z.W.Z. Breda	Midden Zeeland, Middelburg
W.Z.E Brielle	B.A.Z. Nijmegen
Texel Den Burg	Purmerend en Omstreken
R.Z. Delft	Wormer en Omstreken
R.Z.S. Deventer	Zaanland, Zaandam
Rijn / IJsselland Doorwerth	S.Z.R. Rotterdam
Dordrecht	SVM Schiedam
Eindhoven en Omgeving	C.Z. Sittard
O.G.Z.O. Goor	Sliedrecht en Omstreken
Gouda – Woerden	Tiel
Gorinchem en Omstreken	C.Z. Tilburg
Spaarneland Heemstede	Midden – Brabant
Gooi en Omstreken Huizen	ANOZ Utrecht
A.Z.M. Heerlen	RZMN Utrecht
R.Z.T. Hengelo	ZNL Venlo
R.Z.G. Groningen	Schouwen-Duiveland, Zierikzee
Azivo Den Haag	R.Z.Z. Zwolle
	Zuid-Hollandsche Eilanden, Zwijndrecht

Bron: Bijlage 2 bij CFZ 437/14, Vaststelling individuele budgetten 1984 per ziekenfonds

Zorgverzekeraars in 2005/2006	
Concern	Labels
Achmea (all finance, all care)	Avero Achmea AZVZ DVZ Achmea FBTO Groene Land Achmea PWZ Achmea Interpolis OZB/OZF Achmea Zilveren Kruis Achmea
Agis	Agis (Fuseert met Menzis en Delta Lloyd/OHRA Zorg) ProLife
Azivo	Azivo (Lid van de VRZ)
COZ Beheer	CZ Zorgverzekeraar OZ (DGVP) tot 2006 een publiekrechtelijke regeling uitgevoerd door Agis, is vanaf 2006 een collectiviteit van CZ
De Friesland	De Friesland (Lid van de VRZ)
Delta Lloyd Groep	Delta Lloyd (Fuseert met Menzis en Agis) OHRA Zorgverzekeringen OHRA Ziektekosten Diavitaal
DSW	DSW (Lid van de VRZ, sinds 1992 een samenwerking met SR)
Stad Rotterdam Zorgverzekeraar	Stad Rotterdam Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars in 2005/2006		
Concern	Labels	
Fortis ASR Groep	Fortis ASR Woudsend Amersfoortse	
Menzis (all care)	Menzis	(voorheen Amicon Zorgverzekeraar, Geové Zorgverzekeraar, NVS en Nederzorg Zorgverzekeraar) (Fuseert met Agis en Delta Lloyd/OHRA Zorg)
	Anderzorg	(Internetverzekeraar)
	Confior	(voorheen Rijnmond Zorg- en inkomensverzekeraar van DKV)
ONVZ	ONVZ	(Lid van de VRZ)
	Allianz	
	Nationale Nederlanden	
	Aegon	
	VVAA	
OOM	(verzekert Nederlanders in het buitenland en buitenlanders in Nederland)	
PNO Ziektekosten	PNO	(Onderdeel van pensioenfonds PNO Media Vanaf 2006 lid van de VRZ)
Salland	Salland	(Lid van de VRZ)
Univé	Univé Univé Zorg	(Fuseert in 2007 met de VGZ-IZA-Trias)
VGZ-IZA-Trias	VGZ IZA UMC IZZ Trias De Goudse	(inclusief SIZ) (inclusief IZR) (Academische Ziekenhuizen) (fuseert in 2006 met VGZ-IZA) (heeft in 2005 de zorgverzekerden overgedragen aan Trias)
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Lid van de VRZ

Totaal in 2005/2006:

ZN kent in 2006 nog 23 leden.

NZa i.o meldt in het rapport *'De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt, Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006* nog 33 risicodragers.

Bijlage 2

Onderzoeksprotocol

Gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ		
Stap	Activiteit	Resultaat
1	Verzamel relevante (beleids-)documenten over (de organisatieontwikkeling van) Zorgverzekeraar VGZ in de onderzoeksperiode	Bronnen VGZ Zie bijlage 6
2	Selecteer de te interviewen sleutelfunctionarissen binnen VGZ. Selectiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> - Functie op enig moment - Inzicht in de organisatieontwikkeling van VGZ - Inzicht in de organisatieontwikkeling van een specifieke kernfunctie - Inhoudelijke kennis - Aantal jaren dienstverband 	Lijst van te interviewen personen
3	Interview sleutelfunctionarissen binnen VGZ	Zie bijlage 7 Geïnterviewde personen
4	Maak een gespreksverslag Laat elk gespreksverslag becommentariëren	Gespreksverslag Gecorrigeerd gespreksverslag
5	Beschrijf de organisatieontwikkeling van VGZ Laat deze beschrijving becommentariëren door enkele sleutelfunctionarissen	Beschrijving van VGZ Gecorrigeerde beschrijving van VGZ Zie hoofdstuk 4
6	Beschrijf de organisatieontwikkeling van de in dit onderzoek betrokken kernfuncties van VGZ Laat deze beschrijving becommentariëren door enkele sleutelfunctionarissen	Beschrijving van de kernfuncties Gecorrigeerde beschrijving van de kernfuncties Zie hoofdstuk 5
7	Analyseer de gevalsstudie	Analyse gevalsstudie VGZ Zie hoofdstuk 6
8	Trek voorlopige conclusies	Concept hoofdstuk 8
9	Toets deze conclusies bij drie andere zorgverzekeraars	Zie hoofdstuk 7 en 8
10	Laat inhoudelijke stukken toetsen door inhoudelijke deskundigen binnen en buiten VGZ	Zie bijlage 7

Protocol andere zorgverzekeraars voor beperkt vergelijkend onderzoek		
Stap	Activiteit	Resultaat
1	Formuleer criteria waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen om deel te nemen aan het beperkt vergelijkend onderzoek	Criteria Zie hoofdstuk 1
2	Inventariseer welke zorgverzekeraars voldoen aan deze criteria	Mogelijk geschikte zorgverzekeraars Zie hoofdstuk 1
3	Verzamel informatie over deze zorgverzekeraars via openbare bronnen: zoals een internetsite, jaarverslagen, rapporten CTZ, publicaties over deze zorgverzekeraars	Informatie over de geïnterviewde zorgverzekeraars
4	Benader deze zorgverzekeraars voor dit onderzoek	Geschikte zorgverzekeraars die bereid zijn mee te werken aan dit onderzoek
5	Oriëntatieronde: Verzamel aanvullende informatie over deze zorgverzekeraars via bronnen als het ZN-journaal, de knipselkrant, krantenartikelen, boeken, eerdere studies et cetera	Idee over de visie, het beleid, de organisatiestructuur en –ontwikkeling in de periode 1987-2006
6	Interview personen over de organisatie als geheel en over de ontwikkeling van de kernfuncties, zie leidraad interviews	Nadere informatie over het bovenstaande Procedure-afspraken
7	Schrijf een eerste verslag over de ontwikkeling van deze zorgverzekeraar	Eerste verslag
8	Laat de zorgverzekeraar het eerste verslag becommentariëren: juist, volledig, relevant? Laat de zorgverzekeraar de gepresenteerde kerncijfers valideren	Review verslag Gevalideerde bijlage kerncijfers

Leidraad voor te houden interviews

In het kader van het promotieonderzoek van Annemieke Blinkhof, promovendus aan de Universiteit van Nijmegen, Managementwetenschappen

In het kader van mijn promotieonderzoek zou ik u graag willen interviewen. Ter voorbereiding stuur ik u deze inleiding met een toelichting op mijn onderzoek en enkele vragen die als leidraad voor het interview met u dienen.

Doel van het onderzoek

Mijn onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de organisatieontwikkeling van zorgverzekeraar A in de periode van 1987 tot 2005 en in de effectiviteit van deze organisatieontwikkeling in termen van klantgerichtheid.

Het betreft een kwalitatief onderzoek, een gevalsstudie, wat letterlijk 'de studie van één geval' betekent. Het onderwerp van deze gevalsstudie is Zorgverzekeraar VGZ. Een beperkte bedrijfsvergelijking met drie andere zorgverzekeraars (CZ, Agis en Menzis) dient om de uit deze gevalsstudie getrokken conclusies te toetsen en van een bredere basis te voorzien. Het onderzoek beoogt nadrukkelijk niet om uitspraken te doen over de gehele zorgverzekeraarsbranche.

Het resultaat van de interviews die ik in uw organisatie afneem is een aparte paragraaf over Zorgverzekeraar A in mijn proefschrift. Voordat tot publicatie wordt overgegaan krijgt u inzage in deze paragraaf en heeft u de gelegenheid hierop te reageren.

Aanleiding

In 1987 verscheen het rapport van de Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (de Commissie Dekker) 'Bereidheid tot verandering'. Dit rapport markeert een belangrijk omslagpunt in de Nederlandse gezondheidszorg omdat het gereguleerde marktwerking introduceerde in een (ziekenfonds-)sector waar marktwerking vrijwel niet bestond. De ontwikkelingen sinds die tijd hebben voor zorgverzekeraars grote consequenties gehad. Sinds 1987 zijn zowel het speelveld als de spelregels als het krachtenveld voor zorgverzekeraars ingrijpend veranderd.

Probleemstelling en afbakening van het onderzoek

De probleemstelling van dit onderzoek betreft dus het aanpassingsvermogen van zorgverzekeraars aan veranderende omgevingseisen en de effectiviteit van de organisatieontwikkeling in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid. De werktitel van mijn proefschrift luidt: 'De klantgerichte bureaucratie'.

Het onderzoek is als volgt afgebakend:

- Het onderzoek richt zich op de jaren 1987 – 2005 en concentreert zich vooral op het ziekenfonds binnen de zorgverzekeraar. Het beginjaar (1987) wordt gemarkeerd door het verschijnen van het genoemde rapport van de Commissie Dekker. 2005 is als eindjaar gekozen omdat de invoering van de nieuwe zorgverzekering het definitieve einde van het ziekenfonds betekent.
- De omgeving van de zorgverzekeraar is afgebakend tot vier actoren: de overheid, toezichthoudende instanties, zorgaanbieders en verzekerden.
- De functies van een zorgverzekeraar die worden belicht zijn de verkoop, de zorginkoop en de administratie. Met deze functies wordt het primaire proces van een zorgverzekeraar geraakt en onderscheidt een zorgverzekeraar zich van andere grote organisaties.

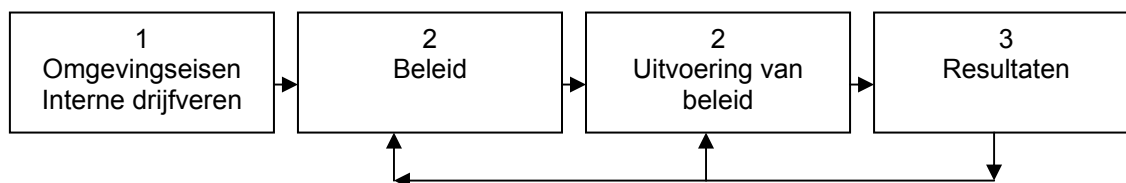
Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in het feit dat 'gezondheidszorg' in Nederland wordt beschouwd als een groot goed en de politiek blijft zoeken naar adequate stuurmaatregelen voor deze sector. De rol van zorgverzekeraars wordt hierbij steeds prominenter. Zorgverzekeraars zoeken naar een goed antwoord op de nieuwe vragen en verwachtingen waarmee zij geconfronteerd worden en zij passen daartoe zowel de organisatiestructuur als de bedrijfsprocessen aan. Inzicht in de effectiviteit van deze aanpassingen vergroot de kans dat zorgverzekeraars hun maatschappelijke rol op een adequate wijze invullen.

De wetenschappelijke relevantie ligt in de toepassing van de contingentietheorie¹ op de zorgverzekeraarsbranche en vooral in het belang van 'de klant' als contingentiefactor en in een herwaardering van het begrip 'bureaucratie' vanuit het klantperspectief.

Structuur van het interview

Het interview met u gaat over de ontwikkeling van de verkoopfunctie, de zorginkoop en de administratieve functie in uw organisatie. Ik zou het interview met u graag willen zien als 'semi-gestructureerd'. Dat wil zeggen dat ik onderstaande vragen heb voorbereid als leidraad voor ons gesprek, maar dat daarnaast uw eigen inbreng meer dan welkom is. Het interview is als volgt opgezet:



Het management van een organisatie vertaalt omgevingseisen, interne ambities of gesignaleerde knelpunten in de bedrijfsvoering, in het beleid van de organisatie. Dit beleid kan meer of minder expliciet geformuleerd zijn. Het management ziet toe op de uitvoering van dit beleid en stuurt bij naar aanleiding van bereikte resultaten. De onderstaande vragen zijn op dit model gebaseerd.

Mijn voorstel is om de vragen 2 tot en met 9 te behandelen door de organisatieontwikkeling van de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie en de administratie in de periode 1987 – 2005 chronologisch door te lopen.

Organisatieontwikkeling

1987

2005

Vraag 2 t/m 9

De gebruikte begrippen zijn gedefinieerd in de begrippenlijst.

Het is belangrijk om deze definities nauwkeurig en op deze wijze gedefinieerd te gebruiken.

¹ De contingentietheorie gaat over de relatie tussen de omgeving en de organisatie.

1. Omgevingseisen en interne drijfveren

1. Hoe zou u de periode 1987 – 2005 indelen als u denkt aan de organisatieontwikkeling van de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie en de administratiefunctie?
Denk aan fusie, reorganisatie, beleidswijziging, etc.
2. Welke omgevingseisen zijn volgens u in de periode 1987 – 2005 in belangrijke mate verantwoordelijk geweest voor de organisatieontwikkeling van de verkoopfunctie, de zorginkoop en de administratieve functie?
Denk aan de (veranderde) wettelijke eisen, de eisen van toezichthouders en de eisen van klanten.
3. Hoe beoordeelde u / uw voorganger deze omgevingseisen?
Geef deze beoordeling in termen van: in 1987: score x en in 2005: score y.

Conclusie:

Kenmerken van de omgeving:	1 2 3 4 5				
Stabiliteit:	Stabiel	---	---	---	ynamisch
Complexiteit:	Simpel	---	---	---	omplex
Diversiteit van de markt:	Geïntegreerd	---	---	---	Gediversifieerd
Vijandigheid van de omgeving:	Gunstig gestemd	---	---	---	Vijandig
Kans / Bedreiging:	<input type="checkbox"/> Kans			<input type="checkbox"/> Bedreiging	

- Toelichting op de beginscore en op de eindscore, voor zover nog niet duidelijk na de beantwoording van vraag 1 t/m 4.
 - Zag u deze ontwikkelingen uiteindelijk als een kans of als een bedreiging?
Toelichting?
4. Welke interne ontwikkelingen (ambities of knelpunten) zijn in diezelfde periode verantwoordelijk geweest voor de organisatieontwikkeling van de verkoop, de zorginkoop, de administratieve functie?
Denk bijvoorbeeld aan een nieuwe leiding met nieuwe ambities of ideeën, de noodzaak tot productontwikkeling (sociale zekerheid, verzuim, andere), de noodzaak tot kostenbeheersing (zorgkosten / beheerskosten), nieuwe ICT, e.a.

2. Beleid en uitvoering van beleid

5. Hoe hebben de genoemde omgevingseisen en interne drijfveren zich vertaald in beleid, in de organisatiestructuur en in de bedrijfsprocessen van uw organisatie?
 - Ontwikkeling van het organisatiebeleid
 - Organiseontwikkeling (organogramwijzigingen)
 - Ontwikkeling van het klantbeeld (wie is de klant, segmentering, marktbenadering, etc)*Belangrijke documenten die dit staven zijn bijvoorbeeld beleidskaders, jaarplannen, rapporten, jaarverslagen, etc.*

6. Op welke wijze is dit beleid uitgevoerd?
Wat zijn de gevolgen geweest voor het leiderschap, het personeelsbeleid, het middelenbeleid, en de bedrijfsprocessen?
7. Elke organisatie scoort op de volgende dimensies van een organisatie hoger of lager: centralisatie, hiërarchie, specialisatie, formalisatie en standaardisatie (zie begrippenlijst).
 Hoe scoort u uw organisatie in 2005 ten opzichte van 1987?
Geef deze beoordeling in termen van: in 1987: score x en in 2005: score y.

Conclusie:

Kenmerken van de organisatie:	1 2 3 4 5								
Centralisatie:	Sterk gedecentraliseerd		----		----		----		Sterk gecentraliseerd
Hiërarchie:	Laag		----		----		----		Hoog
Specialisatie:	Niet Gespecialiseerd		----		----		----		Sterk gespecialiseerd
Formalisatie:	Niet Geformaliseerd		----		----		----		Sterk geformaliseerd
Standaardisatie:	Niet gestandaardiseerd		----		----		----		Sterk gestandaardiseerd

3. Resultaten

8. Heeft de organisatieontwikkeling geleid tot de beoogde resultaten?
 Hoe is dit aantoonbaar?
Resultaten tav: klanten, personeel, maatschappij, financieel, niet-financieel, innovatie. Bijvoorbeeld: nieuwe producten, nieuwe dienstverlening, meer/andere distributiekkanalen, lagere prijs, hogere productiviteit, lagere beheerskosten, betere service, gecontracteerde zorg van hoger niveau, o.i.d.
9. Hoe heeft de klantgerichtheid van uw organisatie zich ontwikkeld in de periode 1987 – 2005?

Kunt u tot slot de volgende stellingen aanvullen:

Een zorgverzekeraar is bureaucratisch omdat

Een zorgverzekeraar is klantgericht omdat

De klantgerichte zorgverzekeraar heeft de volgende kenmerken:

Begrippenlijst	Definitie
Stabiele versus dynamische omgeving	In welk tempo treden wijzigingen op in coalitievorming en in opvattingen en optreden van de actoren (Boonstra). Zijn deze wijzigingen voorspelbaar (stabiele omgeving) of onvoorspelbaar (dynamische omgeving) (Mintzberg).
Simpele versus complexe omgeving	De hoeveelheid actoren waarmee de organisatie te maken heeft en de hoeveelheid interactie tussen deze actoren (Boonstra). De kennis die noodzakelijk is om de output van een organisatie te produceren (Mintzberg): deze is voorhanden en relatief eenvoudig (simpele omgeving) of deze is slechts beschikbaar door kennis van verschillende bronnen te combineren danwel te nog te vergaren (complexe omgeving).
Geïntegreerde versus gediversifieerde markten	Geïntegreerde markt: bijv. één afnemer, één soort klanten Gediversifieerde markt: veel soorten klanten, breed productenscala, verschillende geografische gebieden.
Gunstig gezinde versus vijandig gestemde omgeving	Gunstig gezind: dit spreekt voor zich Vijandig: veel concurrentie of een moeizame relatie met belangrijke actoren.

Begrippenlijst	Definitie
Centralisatie	Het niveau van besluitvorming in de organisatie, de mate waarin vanuit één centraal punt de besluitvorming plaatsvindt
Hiërarchie	Het proces van verticale rangschikking, waarbij één of meerdere functies ondergeschikt zijn aan een hogere functie
Specialisatie	De begrenzing van taken op basis van kennis- en efficiencyoverwegingen
Formalisatie	De mate van het schriftelijk vastleggen van handelingen, beslissingen en regels
Standaardisatie	De routinematigheid van de werkwijze door middel van regels

Bijlage 3

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
1984		De beheerskosten van ziekenfondsen worden gebudgetteerd. De financiële risico's in de beheerskosten worden groter. Ziekenfondsen mogen reserves gaan vormen.
1986		Van der Reijden, Staatssecretaris in Lubbers I, heft de vrijwillige en de bejaardenverzekering op. Hij introduceert de receptenknaak (fl 2,50 per geneesmiddel, waardoor per recept meer wordt voorgeschreven) en het specialistengeeltje (fl 25,- per verwijskaart). Deze eigen bijdragen worden in 1993 weer afgeschaft.
	April	Discussienota <i>Het ziekenfonds op eigen benen</i> (de Brugnota, VNZ).
	Juli	Kabinet Lubbers II treedt aan.
	Augustus	De Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (Dekker) geïnstalleerd. Er moet 1,2 miljard gulden bezuinigd worden: dit is een opdracht aan Dekker.
1987	Maart	Rapport van de Commissie Dekker verschijnt: <i>Bereidheid tot verandering</i> Nota <i>Solidariteit en doelmatigheid</i> door VNZ geaccepteerd. De invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (aangenomen in 1981 in de 2 ^e Kamer) wordt stopgezet.
1988	Maart	De nota <i>Verandering verzekerd</i> verschijnt.
1989	Januari	Overheveling kunst- en hulpmiddelen en psychiatrische zorg naar de AWBZ. De AWBZ moet de carrier van de basisverzekering worden. Invoering nominale premie in de ziekenfondsverzekering. Nota <i>Op weg naar de zorgverzekering</i> (VNZ) verschijnt. Start ziekenfondsbudgettering.
	April	Startconferentie over kwaliteit van zorg door KNMG (het begin van de Leidschendamconferenties).
	Mei	Val kabinet Lubbers/De Korte (CDA/VVD).
	November	Installatie kabinet Lubbers/Kok (CDA/PvdA): Dhr. H. Simons staatssecretaris Volksgezondheid.
1990	Mei	Nota <i>Werken aan zorgvernieuwing</i> inclusief <i>Notitie stelselherziening zorgsector</i> (het plan Simons).
	September	Invitational conference voor de Ouderen- en Gehandicaptensector door NIZW (Leidschendamconferentie I).
	Najaar	Behandeling wetsvoorstel contracteervrijheid/maximumtarieven.
1991		Rapport Commissie Keuzen in de Zorg (Commissie Dunning): <i>Kiezen en delen</i> . Dunning stelt voor via vier 'zeven' de tot het basispakket te rekenen zorg te trechteren: <ul style="list-style-type: none"> - is de zorg vanuit gemeenschapsperspectief noodzakelijk; - is de werkzaamheid aangetoond; - is de zorg doelmatig; - kan de zorg wel of niet voor eigen rekening blijven.
		Contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren wordt afgeschaft Traditionele werkgebieden voor ziekenfondsen komen m.i.v. 1992 te vervallen.
	December	Steun voor de kabinetsplannen brokkelt af.
1992	Januari	Overheveling extramuraal te verstrekken hulpmiddelen (en geneesmiddelen), revalidatie, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek naar de AWBZ. Invoering van de wet contracteerplicht/maximumtarieven. Proces van schaalvergroting komt op gang. VNZ en KLOZ sluiten de

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
		geledingen.
	Juni	Nota <i>Weloverwogen verder</i> .
		Rapport Commissie Prijsvorming in de zorgsector (Commissie De Beer): <i>Op zoek naar een passende prijs</i> . Hierin wordt vrije prijsvorming mogelijk geacht, echter gedifferentieerd naar zorgsector en onder de voorwaarden van goede marktwerking en kostenbeheersing.
1993	Voorjaar	Het Plan Simons loopt vast. De Ziekenfondsraad concludeert dat de ingevoerde maatregelen nog geen duidelijk effect hebben. Eerste stap naar een systeem van verevening en nacalculatie. Rapport van de Toetsingscommissie budgettering verzekeraars (Commissie Bruins-Slot). Receptenknaak en specialistengeeltje worden weer afgeschaft.
	Juni	Wet van Otterloo aangenomen.
		Rapport subcommissie over de sanering van de adviesorganen (Commissie De Jong): <i>Raad op maat</i> . Hierin wordt een herziening van de adviesstructuur binnen de rijksoverheid voorgesteld. Dit advies stemt overeen met een eerder advies van prof. Fortuyn <i>Ordering door ontvlechting</i> (1990). Doel van dit advies is te komen tot een vereenvoudiging van de structuur, scheiding van belangenbehartiging en advisering, scheiding van uitvoering en advies, voorkomen van overlap in adviestrajecten en verkorting van procedures. Een en ander moet leiden tot meer efficiënte besluitvorming en herstel van het 'primaat van de politiek'.
1994	Januari	Rapport Commissie Modernisering curatieve zorg (Commissie Biesheuvel): <i>Gedeelde zorg, betere zorg</i> . Belangrijk punt uit dit rapport is de invoering van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Het kabinet Paars I kiest hiervoor in 1995: er wordt een start gemaakt met een nieuw bekostigingssysteem, gebaseerd op prestaties en daarmee samenhangende kosten: de Diagnose Behandelings Combinaties (DBC's). De DBC's moeten een betere afstemming van het aanbod op de vraag mogelijk maken. Verzekeraars moeten gaan onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van de DBC's. Tandheelkundige verzorging wordt voor verplicht verzekerden beperkt tot controle en jeugdtandzorg: ziekenfondsen bieden aanvullende verzekeringen voor tandheelkundige verzorging.
	Maart	Rapport Subcommissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid.
	Augustus	Installatie Kabinet Kok, Paars I (PvdA, VVD en D66): minister; mw.dr. E. Borst-Eilers, staatssecretaris mw. E. Terpstra. Men besluit tot de incrementele benadering: aanpassingen binnen de bestaande kaders: rust in de zorg. De vier echelons van Hendriks (geschikt voor aanbodsturing) maken plaats voor drie compartimenten, gebaseerd op de financiering van de zorg.
1995		'Zorgverzekeraars Nederland' ontstaat, de koepel van zorgverzekeraars.
	Maart	Nota <i>Zorg in het regeerakkoord</i> . De toegestane groei (1,3% per jaar, voor 4 jaar afgekondigd) is onvoldoende om de toenemende zorgvraag op te vangen. Dit leidt in de komende jaren tot een explosieve groei van de wachtlijsten. De Nederlandse MededingingsAutoriteit (NMa) gaat de zorgsector onderzoeken.
	Juni	Leidschendamconferentie II, georganiseerd door zorgaanbieders.
	Juli	Introductie van het Persoonsgebonden Budget (PGB).

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
1996	Januari	Van AWBZ naar Zfw teruggeheveld: Farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek worden weer in het Ziekenfondspakket opgenomen. Verplicht eigen risico ingevoerd voor ziekenfonds en particuliere verzekerden van f 200,- (tot 1998).
	April	De Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt ingevoerd.
1997		Het Jaaroverzicht Zorg 1997 (JOZ) spreekt over 'zinnig en zuinig beleid'. Fysiotherapie in het ziekenfondspakket wordt beperkt tot 9 zittingen. Aanvullende verzekeringen dekken vervolgens verdere fysiotherapie. Er wordt een convenant gesloten tussen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg tot de oprichting van regionaal werkende indicatie-instellingen voor thuiszorg. In oktober wordt dit convenant uitgebreid tot het Zorgindicatiebesluit.
		<i>Gedragscode voor zorgverzekeraars</i> van de Commissie Van Rijn wordt door ZN vastgesteld. De leden van Zorgverzekeraars Nederland leggen in deze gedragscode vast hoe zij vanuit hun positie en taak bij de behartiging van de gezondheidszorg een rol willen spelen. De code bestrijkt het gebied tussen wet en polis en bevat specifieke gedragsrichtlijnen die betrekking hebben op de relaties die zorgverzekeraars aangaan met verschillende groeperingen en individuen (verzekerden, zorgaanbieders, overheidsinstanties en andere zorgverzekeraars).
1998		Installatie kabinet Kok, Paars II (PvdA, VVD, D66): minister mw. dr. E. Borst-Eilers, staatssecretaris mw. M. Vliegenthart. De verbindingkantoren AWBZ worden vervangen door 31 regionaal werkende zorgkantoren. Per Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV)-regio is één zorgverzekeraar aangewezen voor de uitvoering van de AWBZ. Verplicht eigen risico van fl 200,- wordt weer afgeschaft. Zorgverzekeraars krijgen na 1998 op twee onderwerpen de regierol van de overheid: het DBC-project en in 2000 de farmacie.
1999	April	Een sluitend netwerk van 85 RIO's wordt voltooid. Besluit tot de modernisering van de AWBZ: een nieuw financieringssysteem, aanpassing van de budgettering waardoor de schotten tussen ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg moeten verdwijnen, een nieuwe ordening van de keten wonen en zorg, uitbreiding van de PGB-financiering in de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg en invoering van PGB-financiering in verpleeg- en verzorgingshuizen en de geestelijke gezondheidszorg. In 1999 start VWS opnieuw de discussie over de basisverzekering.
		Openstelling ziekenfonds voor kleine zelfstandigen.
	Juli	De Ziekenfondsraad splitst tot het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganen (CTZ). Modernisering van Toezicht start.
2000		De nota ' <i>Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen</i> ' van de SER verschijnt. Hierin wordt een door alle partijen geaccepteerde basisverzekering beschreven op privaatrechtelijke grondslag, gefinancierd met volledig nominale premies. <i>Goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden</i> van het CVZ verschijnt. De zorgverzekeraars krijgen de regierol in het farmacie-dossier: VWS bulletin: Zuiniger en zinniger voorschrijven.
	Mei	Leidschendamconferentie III, georganiseerd door zorgverzekeraars.
2001		De Regeling beleggingsvoorschriften ziekenfondsen wordt van kracht: deze regeling stelt stringente eisen aan de wijze waarop de wettelijke en niet-

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
		wettelijke middelen van het ziekenfonds kunnen worden belegd. In 2002 dienen ziekenfondsen hun beleggingen het in te richten naar de eisen van deze regeling.
	April	De Wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen wordt ingevoerd.
	Juli	De nota <i>Vraag aan bod</i> verschijnt. Vraagsturing wordt het nieuwe sturingsmechanisme voor de zorg.
2002	Februari	Het CVZ verstrekt aanvullende richtlijnen ten aanzien van het afsluiten van overeenkomsten. Het <i>niet</i> hebben van een geldende overeenkomst leidt tot onrechtmatigheid van alle verstrekkingen betaald aan de betreffende zorgverlener. De jaren 2002 en 2003 gelden als overgangsjaren, waarin zorgverzekeraars de gelegenheid krijgen de contractering rond te krijgen en waarin de onrechtmatigheid nog geen financiële consequenties heeft.
	Mei	<i>Minder regels, meer zorg</i> Rapport van de Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer). Dit rapport doet diverse aanbevelingen voor de verschillende actoren in de zorgsector om de administratieve lastendruk te verminderen. De commissie begroot voor het totale pakket maatregelen een besparingspotentieel van circa 300 miljoen euro. Uitwerking en invoering van deze aanbevelingen worden doorgeschoven naar een volgend kabinet. Omdat dit kabinet pas in het najaar tot stand komt en snel weer valt, wordt in 2003 geconstateerd dat met deze aanbevelingen nog niet veel is geschied, behoudens initiatieven van enkele actoren. Rapport van de Commissie Glasz, <i>Health Insurance Governance</i> .
	April	Val kabinet Kok, Paars II.
	Najaar	Installatie en val kabinet Balkenende I na 87 dagen (CDA, VVD, LPF): Minister van VWS Dhr. E. Bomhof, na diens aftreden Dhr. De Geus, staatssecretaris mw. Ross.
2003	Januari	2002 is financieel een slecht jaar voor zorgverzekeraars: de omzet groeit met 11,5% naar 23,4 miljard euro en de lasten groeien met 12,4% naar 23,6 miljard euro. Verlies van 14 euro per verzekerde (Bron: Vektis, in ZN jaargang 2003 29/30). Zorgverzekeraars verhogen de verzekeringspremies met ingang van 1 januari 2003 met gemiddeld 11 %. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars mogen gaan experimenteren met 17 ingrepen, vastgelegd in 100 DBC's. De toestemmingsvereiste voor ziekenhuisopname wordt per 1 januari 2003 afgeschaft. Het CVZ ontwerpt een nieuwe regeling voor de controle op de verzekerdenadministratie van ziekenfondsen, die op 1 januari 2003 ingaat.
		CVZ ontwikkelt een benchmarkmodel voor zorgkantoren. Zorgkantoren moeten over 2003 voor het eerst een uitvoeringsverslag en financiële verantwoording opleveren.
	April	Nieuw besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) treedt in werking. Aanspraken op AWBZ-zorg zijn geformuleerd in zeven AWBZ-brede functies: behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging, verpleging en verblijf. De RIO's krijgen een taak in de vernieuwing van de AWBZ: de functionele aansprakelijkheidsomschrijving voor de ondersteuning van een vraaggerichte aanpak en zorg op maat. Nieuwe regeling voor het Persoonsgebonden Budget treedt in werking.
	Mei	Installatie van kabinet Balkenende II (CDA, VVD, D66). Hoofdpijnenakkoord Meedoen, meer werk, minder regels: kondigt ingrijpende

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
		maatregelen aan in de zorg. Vraagsturing en marktwerking worden de principes van een nieuwe stelselwijziging. Er ligt een bezuinigingsdoelstelling van 2,3 miljard euro per jaar. Een algemene basisverzekering voor curatieve zorg moet in 2006 gerealiseerd worden. Minister van VWS Hoogervorst en staatssecretaris Ross-Van Dorp.
	September	Zorgnota 2004: rem op fors stijgende zorguitgaven. Het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de filosofie die minister Hoogervorst toepast om de stijgende zorgkosten te beteugelen. Nederland hoort nu qua zorgkosten tot de top 5 van Europa (2003: zorgquote is 9,75% (aandeel van de zorgkosten in het Bruto Binnenlands Product, tegenover in 2000: 8,5%). Maatregelen die worden voorgesteld zijn: verkleining van het ziekenfondspakket, invoering van eigen bijdragen en eigen risico's, een aantal incidentele (bezuinigings-)maatregelen en als structurele maatregelen: invoering van de basisverzekering in 2006, een nieuw geneesmiddelenvergoedingensysteem, modernisering van de AWBZ (weer terug naar het oorspronkelijke concept van zware, intensieve zorg), verhoging van de transparantie van de zorgmarkt door de invoering van DBC's, maatstafconcurrentie (benchmarking) in de curatieve zorg en de oprichting van een Zorgautoriteit (waar het CTG in opgaat en die uiteindelijk gaat functioneren als Zorgkamer binnen de Nma). Reacties: Oppositie: deze maatregelen leiden tot afbraak van de verzorgingsstaat. Zorgverzekeraars: de nadruk op korte termijn bezuinigen leidt tot verschuiving van de kosten naar de individuele burger en niet tot lagere zorgkosten. Voorstellen zijn (AGIS:) beperking bureaucratie, financiële prikkels voor specialisten, afdwingen van toepassing van best practices, ICT-toepassingen in de zorg, verzekering voor chronisch zieken met acceptatieplicht en aanvaardbare premie (VRZ:) solidariteit onder druk, innovatieprikkels afwezig. Vakbonden: actie
		Klantmonitor Zorgverzekeringen 2003 (Marketresponse en Jan M. de Mos Management Consultancy): Bron: ZN jaarnaal 2003, 29/30) <ul style="list-style-type: none"> - Verzekerden zijn minder tevreden over de dienstverlening van zorgverzekeraars, vrijwel alle kwaliteitsaspecten werden lager beoordeeld, m.n. de deskundigheid en vriendelijkheid personeel, het verwerken van wijzigingen, klachtafhandeling. De scores hangen samen met de gepercipieerde motivatie van de betrokken medewerker. - 25% is ontevreden over de verhouding betaalde premie – dekking (2002: 17%) - 22% zou de verzekeraar aanbevelen bij anderen (2002: 27%) - verzekerden zijn positief over wachtlijstaanpak, adviezen en het uitwisselen van ervaringen met medepatiënten - publiekrechtelijke verzekeraars (IZA): het eindoordeel wordt positief beïnvloedt door de ruime dekking
		Ontwikkeling Uitvoeringsverslag
		Opkomende rol van patiëntenverenigingen
	September	Plan van Aanpak Fraude in de Zorg 2003-2005
	Oktober	ZN meldt dat de zorgkosten in de particuliere markt in 2004 met 7% zullen stijgen. VWS raamt een daling van 1,3%. Dit verschil wordt in een persbericht verklaard. Actieplan Sociale Zekerheid en Zorg: Sociale Zekerheid en gezondheidszorg moeten beter op elkaar worden afgestemd om zieke werknemers sneller aan de slag te krijgen. In de nieuwe

Chronologische gebeurtenissen 1986 – 2006		
Jaar	Maand	
		basisverzekering moeten zorgverzekeraars een breed pakket aan arbozorg kunnen inkopen en ten laste van de wettelijke verzekering brengen.
	November	CVZ meldt dat de verdeelsystematiek beheerskosten ziekenfondsen moet worden gewijzigd (ZN Journaal 2003 nr.43). De werkelijke beheerskosten zijn fors hoger dan de gebudgetteerde beheerskosten. Ziekenfondsen financieren dit tekort met andere opbrengsten zoals de nominale premie, liquiditeits- en vermogensbeheer. Ziekenfondsen met minder dan 50.000 verzekerden halen een gemiddeld budgetresultaat van negatief 41 euro per verzekerde Ziekenfondsen met meer dan 1 miljoen verzekerden halen een gemiddeld budgetresultaat van negatief 16 euro per verzekerde.
	December	De Nederlandse corporate governance code (de code Tabaksblat) verschijnt en is van toepassing op beursgenoteerde ondernemingen. Deze code bevat beginselen van deugdelijk ondernemingsbestuur en best practice bepalingen. Hoewel niet van toepassing op zorgverzekeraars, onderschrijven enkele zorgverzekeraars deze code.
2004		Vanaf 2004 zal het CTZ zich een oordeel vormen over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ.
	1 januari	Beperking van het ziekenfondspakket: de verstrekkingen paramedische hulp (fysiotherapie) en tandheelkundige hulp voor volwassenen worden voor een belangrijk deel niet meer vergoed. Per 1 juni wordt de verstrekking zittend ziekenvervoer teruggebracht tot een zeer beperkt aantal indicaties en worden sterilisaties niet meer vergoed.
		De RIO's moeten onder een centrale aansturing worden gebracht.
		Regiobudgetten voor de AWBZ ingevoerd. Een convenant gesloten met AWBZ-instellingen om meer zorg te leveren voor hetzelfde geld. Voor de extramurale zorg wordt de contracteerplicht van instellingen afgeschaft.
		Convenant tussen VWS, KNMP, Bogin en ZN om de prijzen voor generieke geneesmiddelen te verlagen. In 2005 wordt hierdoor landelijk 665 miljoen euro bespaard.
	September	Op 7 september dient Minister Hoogervorst het voorstel Zorgverzekeringswet in bij de Tweede Kamer.
	December	Op 21 december wordt dit voorstel door de Tweede Kamer aanvaard.
2005	1 januari	Diëtetiek wordt overgeheveld van de AWBZ naar het ziekenfondspakket.
	1 februari	De vaste tarieven voor fysiotherapie worden losgelaten. Per 1 mei 2005 vervalt ook de contracteerplicht voor fysiotherapie.
	mei	Landelijke staking van huisartsen om te protesteren tegen de toenemende macht van de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel. In oktober 2005 sluiten de LHV, ZN en VWS het Vogelaarakkoord.
	14 juni	De Eerste Kamer gaat accoord met de Zorgverzekeringswet.
	1 juli	De Arbo-wet wordt geliberaliseerd. Werkgevers zijn niet langer verplicht een arbodienst in te schakelen.
2006	1 januari	De nieuwe zorgverzekeringswet wordt van kracht.

Bijlage 4

Budgettering van de zorgkosten van ziekenfondsen in de periode 1987 tot 2006

Budgettering van de zorgkosten van ziekenfondsen in de periode 1987 tot 2006	
1991	Het ziekenfondsverstrekkingenbudget wordt vastgesteld op basis van historische kosten. Nacalculatie: 90%
1992	Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd en geslacht. Er wordt voor het eerst een vereveningssysteem toegepast door de Ziekenfondsraad. Verevening: 95% Nacalculatie: 75%
1993	Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd en geslacht. Verevening: 90% Nacalculatie: 75% Het risico van oninbare nominale premies ligt deels bij de ziekenfondsen.
1994	Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd en geslacht. Verevening: 90% Nacalculatie: 75% Het risico van oninbare nominale premies ligt vanaf dit jaar geheel bij de ziekenfondsen. Het incassobeleid wordt belangrijker.
1995	Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd, geslacht, een regiofactor en een arbeidsongeschiktheidsfactor. Verevening: 90% Nacalculatie: 75%
1996	<p>Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd, geslacht, een regiofactor en een arbeidsongeschiktheidsfactor.</p> <p>Het splitsingsmodel wordt ingevoerd: vanaf dit jaar wordt onderscheid gemaakt tussen beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare kosten voor ziekenfondsen. Het macro-verstrekkingenbudget wordt daarvoor in drieën gedeeld:</p> <p>Ziekenhuisverpleging:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesplitst in een beïnvloedbaar deelbudget variabele kosten ziekenhuisverpleging Verevening: 60% Nacalculatie: 50% - en een niet-beïnvloedbaar deelbudget vaste ziekenhuisverpleging Verevening: 0% Nacalculatie: 95% - Overige verstrekkingen: Verevening: 60% Nacalculatie: 50% <p>De nacalculatie voor de AWBZ vervalt vanaf dit jaar.</p>
1997	<p>Het ziekenfondsbudget wordt gedeeltelijk vastgesteld met normatieve elementen: leeftijd, geslacht, een regiofactor en een arbeidsongeschiktheidsfactor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - beïnvloedbaar deelbudget variabele kosten ziekenhuisverpleging: Verevening: 30% Nacalculatie: 25% - niet-beïnvloedbaar deelbudget vaste ziekenhuisverpleging: Verevening: 0% Nacalculatie: 95% - overige verstrekkingen: Verevening: 30% Nacalculatie: 25% <p>Vanaf dit jaar wordt bovendien een Hoge Kosten Verevening (HKV) toegepast: de werkelijke variabele kosten ziekenhuisverpleging en overige verstrekkingen, groter dan f 4.500,- per verzekerde worden in een pool gebracht, die weer over de ziekenfondsen wordt verevend in de vorm van een herrekening van de variabele deelbudgetten.</p>

Budgettering van de zorgkosten van ziekenfondsen in de periode 1987 tot 2006	
1998	<p>Vanaf dit jaar wordt een meervoudige splitsing aangebracht in het verstrekkingenbudget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beïnvloedbaar deelbudget variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel: Verevening: 30% Nacalculatie: 25% - niet-beïnvloedbaar deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp vast Verevening: 0% Nacalculatie: 95% - overige verstrekkingen: Verevening: 30% Nacalculatie: 15%
1999	<ul style="list-style-type: none"> - deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel: Verevening: 30% Nacalculatie: 25% - deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp vast: Verevening: 0% Nacalculatie: 95% - deelbudget overige verstrekkingen: Verevening: 30%. Er wordt geen nacalculatie meer toegepast: ziekenfondsen zijn volledig risicodragend geworden. <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt verhoogd tot f 7.500,- per verzekerde.</p>
2000	<ul style="list-style-type: none"> - deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp variabel: Verevening: 30% Nacalculatie: 25% - deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp vast: Verevening: 0% Nacalculatie: 95% - deelbudget overige verstrekkingen: Verevening: 30%. Er wordt geen nacalculatie meer toegepast: ziekenfondsen zijn volledig risicodragend geworden. <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt verhoogd tot f10.000,- per verzekerde.</p>
2001	<p>Het budget voor ziekenfondsverstrekkingen wordt opnieuw volgens een andere methodiek berekend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabele kosten ziekenhuisverpleging: voor 70% op basis van de normatieve criteria en voor 30% op basis van historische kosten. Nacalculatie: 25% - Vaste kosten ziekenhuisverpleging: voor 100% op basis van historische kosten. Nacalculatie: 95% - Specialistische hulp: voor 100% op basis van normatieve criteria. Verevening: 50% Nacalculatie 40% - Overige verstrekkingen: voor 70% op basis van de normatieve criteria en voor 30% op basis van historische kosten. Geen nacalculatie <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, blijft € 4.537,80 per verzekerde.</p>
2002	<p>Opnieuw wordt de budgetberekening ingrijpend veranderd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp: voor 100% op basis van normatieve criteria: leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond, en op basis van voorspelbare vervolgcosten voor verzekerden die op grond van chronisch geneesmiddelenverbruik ingedeeld zijn in farmacie kosten groepen (FKG's). Nacalculatie: 35% - Vaste kosten ziekenhuisverpleging: voor 100% op basis van historische kosten. Nacalculatie: 95%

Budgettering van de zorgkosten van ziekenfondsen in de periode 1987 tot 2006	
	<ul style="list-style-type: none"> - Overige verstrekkingen: voor 70% op basis van de normatieve criteria (leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en aantal verzekerden in FKG's) en voor 30% op basis van historische kosten. Geen nacalculatie <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt € 7.000,- per verzekerde.</p>
2003	<p>Methodiek aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp: voor 100% op basis van normatieve criteria: leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en op basis van voorspelbare vervolgcosten voor verzekerden die op grond van chronisch geneesmiddelenverbruik ingedeeld zijn in farmacie kosten groepen (FKG's). Nacalculatie 35%. Verevening: 30% - Vaste kosten ziekenhuisverpleging: voor 100% op basis van historische kosten. Nacalculatie: 95% - Overige verstrekkingen: voor 100% op basis van de normatieve criteria (leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en aantal verzekerden in FKG's). Geen nacalculatie. <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt € 7.500,- per verzekerde.</p>
2004	<p>Methodiek aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp: voor 100% op basis van normatieve criteria: leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en op basis van voorspelbare vervolgcosten voor verzekerden die op grond van chronisch geneesmiddelenverbruik ingedeeld zijn in farmacie kosten groepen (FKG's) en op basis van het aantal verzekerden naar diagnosekostengroepen DKG's), een indicator voor klinische morbiditeit. Nacalculatie 35%. Verevening: 30% - Vaste kosten ziekenhuisverpleging: voor 100% op basis van historische kosten van het ziekenfonds van het jaar voorafgaand aan het verslagjaar. Nacalculatie: 95% - Overige verstrekkingen: voor 100% op basis van de normatieve criteria (leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en aantal verzekerden in FKG's). Geen nacalculatie. <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt € 12.500,- per verzekerde.</p>
2005	<ul style="list-style-type: none"> - Variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp: voor 100% op basis van normatieve criteria: leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en op basis van voorspelbare vervolgcosten voor verzekerden die op grond van chronisch geneesmiddelenverbruik ingedeeld zijn in farmacie kosten groepen (FKG's) en op basis van het aantal verzekerden naar diagnosekostengroepen DKG's), een indicator voor klinische morbiditeit. Nacalculatie 35%. Verevening: 30% - Vaste kosten ziekenhuisverpleging: voor 100% op basis van historische kosten van het ziekenfonds van het jaar voorafgaand aan het verslagjaar. Nacalculatie: 95% - Overige verstrekkingen: voor 100% op basis van de normatieve criteria (leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond, aantal verzekerden in FKG's, aantal verzekerden in DKG's). Geen nacalculatie. <p>HKV: het bedrag waarboven de kosten voor 90% in een pool worden gebracht, wordt € 12.500,- per verzekerde.</p>

Bijlage 5

De belangrijkste aspecten van toezicht op de Ziekenfondswet voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar

De belangrijkste aspecten van toezicht op de Ziekenfondswet voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar	
Aspecten van toezicht	Toelichting
Verzekerden	
Verzekerdenadministratie: Regeling administratie en controle ziekenfondsen Ziekenfondswet (v.a. 2003)	Ziekenfondsen richten hun bedrijfsvoering en administratieve organisatie zodanig in dat de gegevens, opgenomen in het verzekerdenbestand, bij voortduring juist, actueel en volledig zijn (nauwkeurigheid van 99% met een betrouwbaarheid van 95%). Het speerpuntenonderzoek 'Verzekerdenadministratie' (maart 2005) bevat vijf aspecten waarvoor een ziekenfonds punten kan behalen: aanpak en opzet van de controle, verzekerdencontrole, werkgeverscontrole, onafhankelijke interne toetsing, nauwkeurigheid van het verzekerdenbestand en verbeteracties.
Verzekerdenbelangen:	
Klachten: (Awb)	Het ziekenfonds registreert schriftelijk ingediende klachten, handelt klachten binnen 6 weken af en in ieder geval binnen 10 weken, en publiceert de geregistreerde klachten.
Inspraak verzekerden	De statuten waarborgen een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het bestuur, te realiseren via een ledenraad o.i.d. en een systeem voor het peilen van meningen.
Bereikbaarheid en informatieverstrekking	Het ziekenfonds bewaakt de telefonische bereikbaarheid. Verzekerden worden schriftelijk op de hoogte gesteld van het reglement en wijzigingen daarin. Het ziekenfonds kent de informatiebehoeften van de verzekerden en informeert (potentiële) verzekerden over het niveau van dienstverlening en de behaalde prestaties.
Risicoselectie ¹	Zorgverzekeraars passen geen ongeoorloofde vormen van risicoselectie toe.
Zorg	
Overeenkomstenstelsel en de inkooprol Regeling administratie en controle ziekenfondsen Ziekenfondswet (v.a. 2004)	Het ziekenfonds beschikt over een overeenkomstenbeleid. Aan rechtmatige uitgaven ligt een overeenkomst met de zorgaanbieder ten grondslag: er is een directe koppeling tussen de kosten van verstrekkingen en de daaraan ten grondslag liggende overeenkomsten gerealiseerd. Vanaf 2004 worden financiële consequenties verbonden aan het ontbreken van overeenkomsten (contracteringsgraad van belang). Ziekenfondsen kunnen ontheffing aanvragen voor het geval zij zich toereikend hebben ingespannen en er desondanks geen overeenkomst is afgesloten (Circulaire <i>Beleid CTZ bij ontbreken overeenkomsten</i> , 2004).

¹ Risicoselectie: het beïnvloeden van de in- en uitstroom van verzekerden ter optimalisering van het resultaat van de zorgverzekeraar. Er zijn geoorloofde vormen (via een actief marketingbeleid, doelmatige bedrijfsvoering of goede zorginkoop aantrekkelijk willen zijn voor bepaalde groepen van verzekerden) en ongeoorloofde vormen (weten van verzekerden op basis van financieel risico en het toepassen van premie- en polisdifferentiatie gebaseerd op leeftijd of ziekterisico). Wettelijke bepalingen verbieden risicoselectie voor de Ziekenfondswet en de nieuwe Zorgverzekeringswet. Risicoselectie is wel toegestaan bij aanvullende verzekeringen.

De belangrijkste aspecten van toezicht op de Ziekenfondswet voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar	
Aspecten van toezicht	Toelichting
Kwaliteitsafspraken in overeenkomsten	Rapport speerpuntenonderzoek <i>Kwaliteitsafspraken bij overeenkomst</i> (2004): Voor verschillende zorgsoorten heeft het CTZ een rapport opgesteld om te beoordelen of de ziekenfondsen voldoende uitvoering geven aan hun inkooprol: afspreken van kwaliteit, volume, toegankelijkheid en prijs van de zorg.
Receptencontrole	Controle op aanwezigheid van recepten voor de verstrekkingen farmaceutische hulp, afgegeven door een bevoegde arts. Controle op het knippen van recepten
Controle op verwijzingen	Verwijzingen zijn van belang voor de poortwachtersfunctie naar de tweedelijnszorg
Farmaceutische hulp (2003)	Het rapport 'De prestaties van ziekenfondsen in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening' (2004) geeft een beoordelingskader t.a.v een doelmatige inkoop en verstrekking van geneesmiddelen
Huisartsenzorg (2003)	Het rapport 'Sturing door overeenkomsten bij de doelmatige inkoop van huisartsenzorg en verloskunde' (2004) geeft een beoordelingskader t.a.v een doelmatige inkoop
Verloskundige zorg (2003)	Zie hiervoor
Ziekenhuiszorg (2004)	Het rapport 'Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ziekenhuiszorg' (2004) geeft een beoordelingskader t.a.v een doelmatige inkoop. Onderzocht zijn de activiteiten en resultaten van ziekenfondsen t.a.v. zorg voor tijdige ziekenhuiszorg; voorkomen van hoge uitgaven voor de gecontracteerde zorg en het stimuleren van de kwaliteit van ziekenhuiszorg.
Kraamzorg (2004)	Het rapport 'Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen kraamzorg' (2005) geeft een beoordelingskader t.a.v een doelmatige inkoop. Onderzocht zijn de activiteiten en resultaten van ziekenfondsen t.a.v. zorg voor voldoende toegang en een passend zorgaanbod; voorkomen van hoge uitgaven voor de gecontracteerde zorg en het stimuleren van de kwaliteit van kraamzorg.
Ambulancezorg (2004)	Het rapport 'Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ambulancezorg' (2005) geeft een beoordelingskader t.a.v een doelmatige inkoop. Onderzocht zijn de activiteiten en resultaten van ziekenfondsen t.a.v. '95% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plekke; voorkomen van hoge uitgaven voor de gecontracteerde zorg en het stimuleren van de kwaliteit van ambulancezorg.
Subsidieregelingen:	
Regeling subsidies AWBZ en ZFW	Ziekenfondsen kunnen maximaal 5% van het variabele deel van het verstrekkingenbudget inzetten voor zorgvernieuwing en het realiseren van doelmatige zorgverlening.
Regeling Initiatiefruimte ziekenfondsverzekering	Het ziekenfonds voldoet aan de procedurele eisen bij het gebruik van de initiatiefruimte: de aard, duur en omvang van de te verrichten zorgvernieuwingactiviteiten worden verantwoord.
Bedrijfsvoering en financiën	
Administratieve organisatie en interne controle	Beoordelingsaspecten: <ul style="list-style-type: none"> - een juiste en tijdige verwerking van wijzigingen in wet- en regelgeving; - afdekking risico's; - beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking;

De belangrijkste aspecten van toezicht op de Ziekenfondswet voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar									
Aspecten van toezicht	Toelichting								
	<ul style="list-style-type: none"> - logische toegangsbeveiliging; - managementinformatievoorziening. 								
Geldstromen en betalingsorganisatie	Het ziekenfonds waarborgt een goed betalingsverkeer, om te voorkomen dat anderen dan rechthebbenden betalingen ontvangen.								
Misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O)	<p>Het ziekenfonds bestrijdt misbruik en oneigenlijk gebruik. Het ziekenfonds voert materiele controles uit op de daadwerkelijke en terechte levering van zorg.</p> <p>Nb: De branche hanteert een fraudeprotocol en registreert fraude in een Extern Verwijs Register (EVR)</p>								
Beleggingen en solvabiliteit Regeling beleidsregels beleggingen ziekenfondsen	<p>Het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraar voldoen aan de wettelijk vereiste solvabiliteitsmarge met als doel de continuïteit van de organisatie te waarborgen.</p> <p>Solvabiliteitseis particulier: 23% van de gemiddelde schade van de laatste drie jaren</p> <p>Solvabiliteitseis ziekenfonds: 8% van de risicoschade, minimaal 100%</p> <p>Vanaf 2006 valt het toezicht op de solvabiliteit onder DNB. Zorgverzekeraars moeten 8% van de schade als solvabiliteitsmarge aanhouden.</p>								
Wettelijke reserves	Om de continuïteit van de bedrijfsvoering te waarborgen zijn reserves noodzakelijk. Er zijn wettelijke en niet-wettelijke reserves. Aan de vorming van wettelijke reserves zijn voorschriften verbonden.								
<i>Overige uitvoeringsaspecten</i>									
Kwaliteit van de verantwoordingsinformatie:	De verantwoordingsrapportage (het uitvoeringsverslag, het financieel verslag en de jaarstaten) is tijdig beschikbaar, volledig en toereikend.								
Follow up:	<p>Ziekenfondsen moeten zich verantwoorden over de follow up van het onderzoek over het voorgaande jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de uitvoeringsprocessen die als onvoldoende zijn beoordeeld en gesignaleerde verbeterpunten; - doorvoeren van correcties t.g.v. de wettelijke reserve; - verrichten van nader onderzoek over de (onzekerheid over) rechtmatigheid van uitgaven. 								
<i>Rechtmatigheidsonderzoek</i>									
Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	<p>Het ziekenfonds is primair verantwoordelijk voor de naleving van relevante wet- en regelgeving bij de uitvoering van de wettelijke taken en verantwoord zich hierover.</p> <p>Betrouwbaarheidspercentage: 95%</p> <table border="0"> <tr> <td>Bruto schaden ZFW – uitgaven</td><td>% van de totale bruto schade AWBZ</td></tr> <tr> <td>Bruto-schaden ZFW – balanspost</td><td>goedkeuringstolerantie getrouwheid</td></tr> <tr> <td>Bedrijfsopbrengsten – ontvangsten</td><td>1% van de som der bedrijfsopbrengsten</td></tr> <tr> <td>Bedrijfsopbrengsten – balanspost</td><td>goedkeuringstolerantie Getrouwheid</td></tr> </table>	Bruto schaden ZFW – uitgaven	% van de totale bruto schade AWBZ	Bruto-schaden ZFW – balanspost	goedkeuringstolerantie getrouwheid	Bedrijfsopbrengsten – ontvangsten	1% van de som der bedrijfsopbrengsten	Bedrijfsopbrengsten – balanspost	goedkeuringstolerantie Getrouwheid
Bruto schaden ZFW – uitgaven	% van de totale bruto schade AWBZ								
Bruto-schaden ZFW – balanspost	goedkeuringstolerantie getrouwheid								
Bedrijfsopbrengsten – ontvangsten	1% van de som der bedrijfsopbrengsten								
Bedrijfsopbrengsten – balanspost	goedkeuringstolerantie Getrouwheid								
Rechtmatigheid Schaden ZFW	Uitgaven zijn rechtmatig als zij in overeenstemming zijn met de wettelijke voorschriften van de ziekenfondsverzekering.								

De belangrijkste aspecten van toezicht op de Ziekenfondswet voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar	
Aspecten van toezicht	Toelichting
Balansposten	<p>Er bestaat onzekerheid over de rechtmatigheid van uitgaven als onvoldoende informatie beschikbaar is om de rechtmatigheid te beoordelen. Tolerantie: 1%</p> <p>Rechtmatigheidsverklaring: Een verstrekking is rechtmatig als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de persoon voor wie de uitgave is gedaan, als verzekerde in het verzekerdenbestand is opgenomen; - de verstrekking in rekening is gebracht tegen het overeengekomen (CTG/ZAio-)tarief; - er een overeenkomst is tussen het ziekenfonds en de zorgverlener - de verstrekking heeft plaatsgevonden o.b.v. een indicatie/machtiging afgegeven door een bevoegd persoon; - de verstrekking voldoet aan overige wettelijke bepalingen. <p>Rechtmatig indien de balanspost getrouw is.</p>
Rechtstreeks te verrekenen kosten	Geldt voor specifieke verzekerdersgroepen: Duitse grensarbeiders in Nederland, ziekenfondsverzekerden die in het buitenland wonen.
Subsidies	Rechtmatig indien in overeenstemming met geldende subsidievoorwaarden.
Rechtmatigheid Bedrijfsopbrengsten ZFW	Bedrijfsopbrengsten zijn in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving.
Rechtmatigheid Beheerskosten	Beheerskosten zijn rechtmatig indien zij zijn gemaakt voor de publieke taakuitvoering ZFW.
Financieel beheer	
Ordelijk	<p>In overeenstemming met de in de AO/IC vastgelegde procedures en voldoet aan wet- en regelgeving. Belangrijke aspecten zijn: transparantie, administratieve accurate, adequate functiescheiding en verantwoordelijkheidsverdeling, tijdigheid van verwerking, goede dossiervorming en duidelijke managementrapportages.</p>
Controleerbaar	De beschikbare informatie stelt de controlerende instantie in staat om de besluitvorming en de administratieve verwerking hiervan te reconstrueren en te beoordelen.

Bijlage 6
Dataverzameling bestudeerde stukken
onderzoekperiode 1987 tot 2006

Dataverzameling bestudeerde stukken Onderzoekperiode 1987 - 2005		
Doc.nr.	Naam	Datum
	Zorgverzekeraar VGZ Algemeen	
01	Van doktersfonds tot zorgverzekeraar 1914-1989 75jarige geschiedenis van Midden-Brabant tegen een landelijk decor H.Festen, N.A. van Gemert	1990
02 – 14	Jaarverslag Zorgverzekeraar VGZ 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 Vanaf 2001 geïntegreerd met het zorgjaarverslag Vanaf 2003 geïntegreerd met het sociaal jaarverslag Vanaf 2005 geïntegreerd met het maatschappelijk verslag	1993 – 2005
15 – 20	Zorgjaarverslag 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000	1995 – 2000
21 – 24	Jaarverslag zorgkantoor 2002, 2003, 2004, 2005	2002 – 2005
25 – 31	Sociaal jaarverslag 1990, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002	1990 1997 – 2002
32 – 36	Uitvoeringsverslag 2000, 2001, 2002, 2003, 2004	2000 – 2004
37 – 47	OR-jaarverslag 1995-1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005	1996 – 2005
48	Quick Scan VGZ Op weg naar 'best in class' is er veel te doen	Juli 1998
49 – 52	Missie, visie, strategie. Initiatief in zorg Op weg naar profilering en kwaliteit. Informatiebrochure voor VGZ-medewerkers Jaarplan Nieuwsbrief MVS VGZ-IZA-Trias De toekomst verzekerd, communicatie aan medewerkers	Augustus 1999 Augustus 1999 2005 Mei 2006
53 – 58	Beleidskaders: Verkoopbeleid, Zorginkoopbeleid, Organisatiebeleid, Financieel beleid,	Juni 1999 e.v.
59 - 64	ICT-beleid, Kwaliteitsbeleid uit 1999 en uit 2005	2005
65	Zelfevaluatie rapport VGZ, 2000	2000
66 – 68	Resultaten KTO Marktfocus 2001, 2003, 2005	2001, 2003, 2005
div.	Vignet: intranet van de VGZ-IZA Groep	2000 – 2005
69	Strijdplan Standaardverzekering Pakketaanpassing (SPA), versie 1.14	Nov. 2004
70	Juridische herstructurering VGZ-IZA-Trias	Augustus 2005
71	Klachtenmanagement als onderdeel van Integraal Klantenmanagement Een ontwikkelmodel	Sept. 2005
72	De schrijfwijzer	2005
73	Opleverdocument PINPAS/SPA	2006
74	Klachtenafhandeling als onderdeel van integraal klantenmanagement	2005

Dataverzameling bestudeerde stukken Onderzoekperiode 1987 - 2005		
Doc.nr.	Naam	Datum
75 – 79	Uitdraai personeelsbestand 1990, 1993, 1996, 1999, 2003	
80	INK-bestand bij een zorgverzekeraar, Presentatie Dr. E.Chr.Curfs	2000
81 – 85	CTZ rapporten Uitvoering Ziekenfondswet, Stichting Ziekenfonds VGZ 2000, 2001, 2002, 2003, 2004	2000 - 2004
	CONDOR-archief	
01	Basisdocument	1994
02	Masterplan CONDOR	1994
03 – 261	Voortgangsrapportages van de ProjectManagementGroep (PMG) aan de Stuurgroep, genummerd S1 t/m S259	1993-1995
262	Evaluatie CONDOR-project	Sept. 1997
	Commerciële Zaken	
01	Globale organisatievorm Commerciële Zaken Archief: CONDOR, Map CZ III	17-09-1994
02	Strategisch marketing plan 1995-1998 Archief: CONDOR, Map CZ III	Oktober 1994
03	Deelplan Commerciële Zaken, versie 1.3	Maart 1995
04	Verkoopbeleid Stuurgroep verkoopbeleid	17-06-1999
05	Marketing- en verkoopbeleid inclusief bijlagen Eindrapportage project Markt Focus VGZ	22-06-1999
06	TBV-schema Directoraat Commerciële Zaken, Zakelijke Markt	29-07-2002
07	Ontwikkelingen in de markt en de verzekerdenpopulatie	Maart 2003
	Zorginkoop	
01	Partner in Zorg, een tijdsbeeld. E.J.W. Derksen	1998
02	Deelplan	
03	Toekomstverkenning 1996-2000 Zorginkoop en Productontwikkeling	Juni 1996
04	Beleidskader Zorginkoop Profilering en kwaliteit in het zorginkoopbeleid	Juni 1999
05	Het beleidskader zorginkoop 2001-2004	Oktober 2000
06	Het Inkoopbeleidskader VGZ 2002-2005	1 oktober 2001
07	Zorg voor gezondheid en ziekte Beleidskader zorg voor de jaren 2005 - 2008	2005
08	Keuze voor kwaliteit Inkoopbeleidskader AWBZ 2006 – 2008 VGZ Zorgkantoren Versie 1.7	November 2005
09	Focus op de verzekerden, Angeline Nielen BNPO-I eindschrijving, Tias Business School Tilburg	21 mei 2002
10	Implicaties van vraagsturing voor een zorgverzekeraar, Angeline Nielen. BNPO-6, eindessay, Tias Business School	Juni 2003
11	Beleidsplan Zorg 2004	Januari 2004
12	De zorg van VGZ Profiel van een ambitieuze zorgverzekeraar en een gedreven zorginkoper	Januari 2003

Dataverzameling bestudeerde stukken Onderzoekperiode 1987 - 2005		
Doc.nr.	Naam	Datum
13	Het directoraat Zorg op weg naar een Dienstencentrum Zorginkoop en Zorgbeleid voor VGZ	Juni 2003
14	De reis van zorg	Juni 2003
	Zorgverzekering	
01	Deelplan	
02	Organisatieontwikkeling VerzekerdenAdministratie 2002	
	Zorgverstrekking	
01	Arbeidssituatie – analyse VGZ – ZVS Eindhoven ATOS Beleidsadvies en – onderzoek bv, Amsterdam	Oktober 1996
02	Ontwikkelingsvoorstel Werkprocessen ZVS Louman en Partners, Hilversum	Oktober 1996
03	GOAL projectarchief: Voorzet voor de tweede fase 'GO', roepnaam GOAL Initieel plan van aanpak voor de organisatieontwikkelingsprojecten binnen het GOAL-traject	Oktober 1996 Oktober 1996
04	Functieprofiel Medewerker Service Unit Back office	2001
	Klantcontacten	
01	Toekomstvisie Klantcontacten Zorgverzekeraar VGZ	Februari 2003
02	Toekomstvisie Klantcontacten VGZ Presentatie	Juni 2003
03	Functieprofiel Medewerker klantcontacten	2001
	Persberichten	
01	Persbericht: Fusie Univé, VGZ en IZA gaat niet door	Juni 2002
02	Pas op de plaats voor Interpolis Zorgverzekeringen	Juli 2003
03	Trias en VGZ-IZA Groep ondertekenen intentieverklaring fusie	Oktober 2004
04	VGZ-IZA contracteert 'Antwerpen' als Nederlands ziekenhuis	Oktober 2004
05	VGZ behoort tot de top drie ziekenfondsen in Nederland	Oktober 2004
06	Zorgverzekeraar VGZ gaat Becel Pro.activ vergoeden	Januari 2005
07	Internetapotheek eFarma wint in hoger beroep van KNMP	Februari 2005
08	Succesvolle beheersing ziekteverzuim met Bedrijfszorg van VGZ-IZA	Februari 2005
09	De Goudse, VGZ-IZA en Trias onderzoeken samenwerking op gebied van zorg en verzuim	Februari 2005
10	Trias en VGZ-IZA ondertekenen fusieovereenkomst	Maart 2005
11	Bedrijfszorgpakket van VGZ-IZA: 20,3 miljoen euro verzuimwinst	Juni 2005
12	De Goudse, VGZ-IZA en Trias bekrachtigen strategische samenwerking	Juli 2005
13	VGZ laat website praten	Sept. 2005
14	PGGM en VGZ verkopen belang in Maetis	Oktober 2005
15	VGZ-IZA meest transparante zorgverzekeraar	Nov. 2005
16	Premie Zorgverzekeraar VGZ: 88 euro per maand	Nov. 2005
17	VGZ-IZA meest transparante zorgverzekeraar	Nov. 2005

Dataverzameling bestudeerde stukken Onderzoekperiode 1987 - 2005		
Doc.nr.	Naam	Datum
	CZ Actief in gezondheid	
01-03	Jaarverslag 2001, 2002, 2003, 2004, 2005	
04-05	CTZ rapporten Uitvoering Ziekenfondswet, CZ 2003, 2004	
	Persberichten	
	Agis	
01-03	Jaarverslag 2002, 2003, 2004	
04-05	CTZ rapporten Uitvoering Ziekenfondswet, Agis 2003, 2004	
-	Interne documenten, verstrekt door Agis (vertrouwelijk)	
	Persberichten	
	Menzis	
01-04	Jaarverslag 2002, 2003, 2004, 2005	
05	CTZ rapporten Uitvoering Ziekenfondswet, Menzis 2004	
	Persberichten	
	Persberichten	
	Agis, Menzis en Delta Lloyd & OHRA Zorg voegen zorgverzekeringsactiviteiten samen	8 juni 2006

Bijlage 7

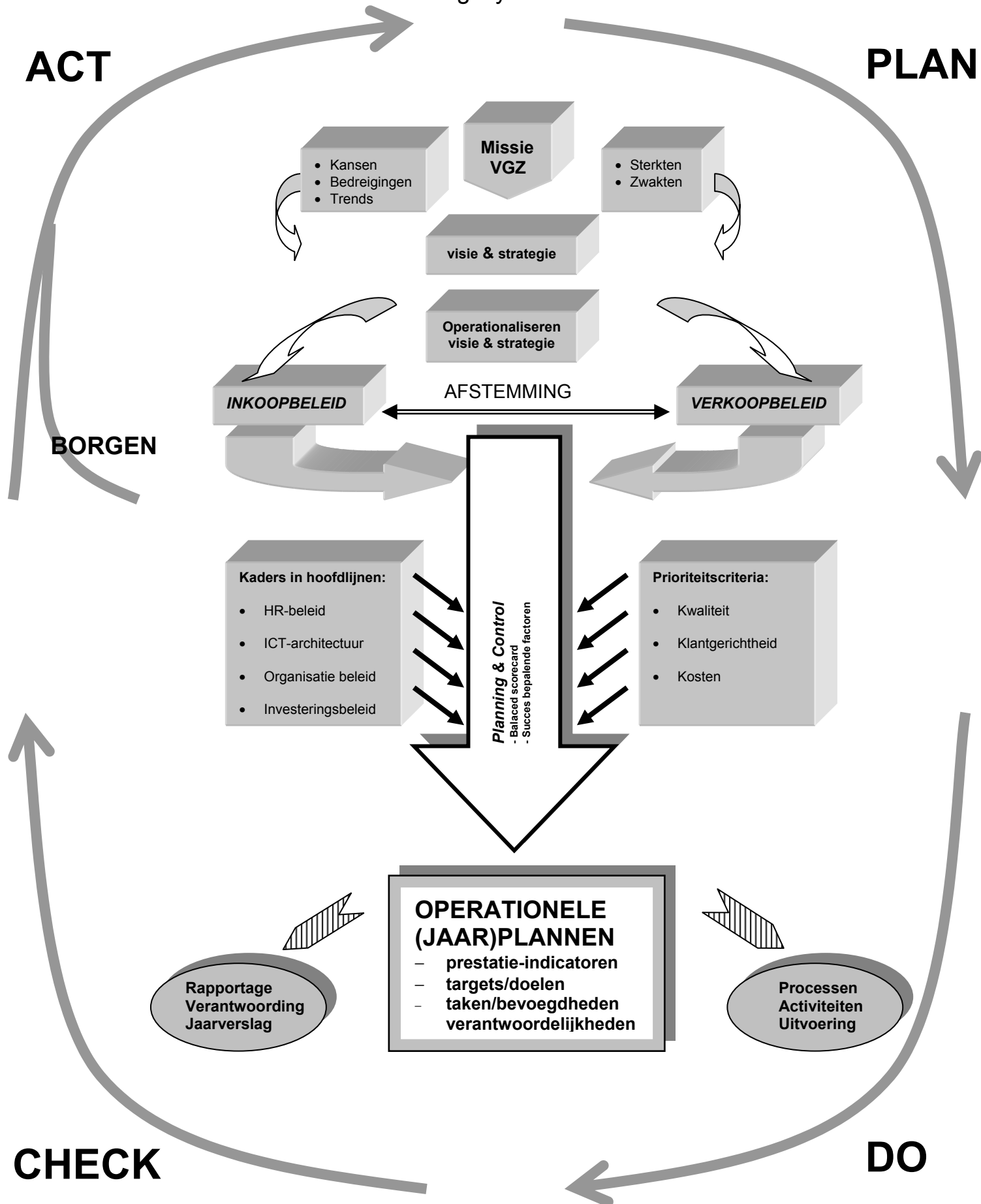
Lijst van geïnterviewden Zorgverzekeraar VGZ en andere zorgverzekeraars

Lijst van geïnterviewden Zorgverzekeraar VGZ en andere zorgverzekeraars		
Nr.	Naam	Functies 1987 – 2005
Algemeen		
VGZ 01	Curfs, E.Chr.	Manager Zorginkoop, Projectleider CONDOR, Projectleider GOAL, Hoofd Planning en Control, Directeur ZGA en Voorzitter RVE VZG, Voorzitter RVE VGZ
VGZ 02	Caris, A.	Directiesecretaris
VGZ 03	Mol, J.	Manager Zorgverstrekking, Projectleider Modelproject CONDOR, lid PMG, Hoofd Communicatie, Hoofd Public Affairs
VGZ 04	Kroon, M.	Adjunct Directeur BAZ, Adjunct Directeur VGZ, Directeur Uitvoering en Beheer (ZVZ, ZVS en FB), Directeur Bedrijfsvoering (IS en FiFa), Directeur Fifa Financiën en Facilitair Beheer, Directeur Innovatie en Projecten, Directeur VA
VGZ 05	Takx, A.	Directeur ziekenfonds Bergen op Zoom
VGZ 06	Raymakers, F.	Directeur BAZ Nijmegen, Jurist
VGZ 07	Gevers, P.	Hoofd Human Resources
VGZ 08	Ton Geitenbeek	Hoofd Interne Accountantsdienst
VGZ 12	Frank Holtman Nico van Steen	Directeur VA, Hoofd Planning en Control Medewerker F&A, Medewerker P&C
VGZ 13	Frank Opdam	Diverse functies in de ICT en directoraten
VGZ 14	Peter van Turnhout	Accountmanager dienstencentrum derden
VGZ 23	Boudewijn Dassing	Voorzitter Raad van Bestuur
VGZ 24	Anne Hallema	Stafmedewerker HR
VGZ 25	Rini Verhagen	Medewerker IAD
VGZ 26	Wilma van Pinksteren	Medewerker IAD
VGZ 27	Jacques de Rijck	Medewerker projectbureau
VGZ 28	Jacques Bouten	Voorzitter OR
VGZ 29	Kees Franssen	Hoofd Externe Berichtgeving
Verkoop		
VGZ 09	Bert Koeneman	Directeur Externe Samenwerkingsverbanden, Directeur Commerciële Zaken
VGZ 11	Groepsinterview Mnt. Verkoop	Kleij, P., Hurkens, M., Van Limpt, W.
Zorginkoop		
	Loraine Lie	Directeur Zorg sinds 2000
VGZ 18	Katalin van Bakel	Diverse staffuncties
VGZ 19	Joost Loeffen Henri Holtus	Diverse managementfuncties
VGZ 20	Trudy van Helmond	Stafmedewerker
VGZ 21	Martin Houben	Voorzitter OR

Lijst van geïnterviewden Zorgverzekeraar VGZ en andere zorgverzekeraars		
Nr.	Naam	Functies 1987 – 2005
Verzekerdenadministratie		
VZG 15	Wil Slenders	Sectormanager ZVS, Medewerker projectbureau, Manager Engineering VA
VGZ 10	Gerda Visser	Verzekerdenadministratie
VGZ 22	Groepsinterview Mnt. Verzekerden- adm.	Twan de Bruijn, Hans Weijergans
Zorgadministratie		
VGZ 16	Groepsinterview Mnt.Zorgadministratie	Rene van Leeuwen, Toon van Zoggel
VGZ 17	Groepsinterview Mnt.Zorgadministratie	Jan Huijsmans, Marco Paes
Klantcontacten		
VGZ 30	Jos Nouwens	Sectormanager ZGA, Directeur Klantcontacten
Externen		
1	B. Bakker	IZA, hoofd Financiële Administratie
2	K.P. Companje	Kenniscentrum HiZ
Agis	E. van Veen R. Adolfsen J. Zegers	Bestuursvoorzitter Lid Raad van Bestuur Directiesecretaris
CZ	P. Ritzen	Directeur Zorg en Declaratieservice
ZN	M. Bontje	Directeur Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 8

De beleids- en uitvoeringscyclus van VGZ in 1999



De Beleids- en Uitvoeringscyclus, 1999									
Stap 1	<p><i>Missie</i></p> <p>Het formuleren van een missie, die het bestaansrecht van de organisatie aangeeft.</p>								
Stap 2	<p><i>Het formuleren van de visie en strategie</i></p> <p>De visie geeft aan wat VGZ over drie tot vijf jaar wil bereiken. De doelstellingen in de visie geven aan hoe VGZ zich wil profileren in de markt en wat de kwaliteit van de producten en diensten moet zijn. De visie is opgebouwd uit 16 succesbepalende factoren, die zoals het woord zegt, bepalend zijn voor het succes van VGZ. De strategie geeft aan (globaal) hoe VGZ de visie wil realiseren.</p>								
Stap 3	<p><i>Ontwikkelen van beleidskaders</i></p> <p>Nadat de visie is vastgesteld heeft het management van VGZ in 1999 organisatiebrede beleidskaders geformuleerd. Er wordt een verkoopbeleid ontwikkeld, een zorginkoopbeleid en ook de ondersteunende beleidskaders worden uitgewerkt: HR-beleid, ICT-beleid, het organisatie- en het financiële beleid en het kwaliteitsbeleid.</p>								
Stap 4	<p><i>Jaarplannen</i></p> <p>Nadat de organisatiebrede kaders vastgesteld zijn, maken de afdelingen en directoraten hun jaarplan. Dit plan bevat activiteiten die in het tijdsbestek van één jaar worden ondernomen om de meerjarendoelstellingen uit de visie te realiseren. In een jaarplan staat aangegeven hoe de realisatie van deze doelstellingen wordt gemeten, via 'prestatie-indicatoren'.</p>								
Stap 5	<p><i>Uitvoeren van de jaarplannen</i></p> <p>Door het jaar heen worden de activiteiten uit het jaarplan uitgevoerd. Zowel de dagelijkse activiteiten, als verbeter- en vernieuwingsactiviteiten worden in het jaarplan opgenomen.</p>								
Stap 6	<p><i>Rapporteren en verantwoorden</i></p> <p>Periodiek wordt aan de Raad van Bestuur en Directie gerapporteerd welke resultaten er zijn bereikt in de going concern en met de verbeter- en vernieuwingsactiviteiten. Behalve via de (interne) managementrapportages verantwoordt VGZ zich ook naar externe partijen, via het jaarverslag en het uitvoeringsverslag.</p>								
Stap 7	<p><i>Evalueren</i></p> <p>Het is niet voldoende om doelen te halen. De resultaten zullen steeds beter moeten worden. Daarom wordt periodiek geëvalueerd of en hoe deze resultaten nog beter kunnen worden en of VGZ nog voldoet aan de verwachtingen van klanten. Door de 'plan-do-check-act cirkel' (PDCA-cirkel) toe te passen binnen de beleids- en uitvoeringscyclus, ontwikkelt VGZ zich tot een lerende organisatie.</p> <p>De PDCA-cirkel zit als volgt in de beleids- en uitvoeringscyclus:</p> <table> <tr> <td>plan</td><td>stappen 1 tot en met 4 (plannen maken);</td></tr> <tr> <td>do</td><td>stap 5 (plan uitvoeren);</td></tr> <tr> <td>check</td><td>stap 6 en 7 (rapporteren en evalueren);</td></tr> <tr> <td>act</td><td>het bijstellen van plannen of de uitvoering.</td></tr> </table>	plan	stappen 1 tot en met 4 (plannen maken);	do	stap 5 (plan uitvoeren);	check	stap 6 en 7 (rapporteren en evalueren);	act	het bijstellen van plannen of de uitvoering.
plan	stappen 1 tot en met 4 (plannen maken);								
do	stap 5 (plan uitvoeren);								
check	stap 6 en 7 (rapporteren en evalueren);								
act	het bijstellen van plannen of de uitvoering.								
Stap 8	<p><i>Borgen</i></p> <p>De laatste stap is het behouden van de winst. Eenmaal bereikte resultaten moeten geborgd worden. VGZ kiest in 1999 voor het INK-managementmodel als samenbindend model.</p>								

Bijlage 9

Topblad van een kwartaalrapportage van VGZ

SCORECARD

WAARDERING DOOR KLAANT	
Verzekeringen op maat / Zorg op maat / Gezondheidsmanagement	●
Voldoen aan de Treeknorm	●
Marktleider in geselecteerde segmenten	
Aantal verzekerden	➔
Leveringsnormen	
Leveringsnormen ZGA	➔
Leveringsnormen VA	➔
Leveringsnormen Zorg	➔
Leveringsnormen CZ	➔
Leveringsnormen KC	●
MEDEWERKERS EN LEIDINGGEVENDEN	
Inzetbaarheid	
In- door en uitstroom	
Ziekteverzuim exclusief WAO	●
Meldingsfrequentie	
WAO-dossiers	
WAARDERING DOOR LEVERANCIERS/ZORGAAANBIEDERS	
Accountmanagement leveranciers van zorg	●
Waardering zakelijke relaties	●
FINANCIELE RESULTATEN	
Concurrerende Premie	
Schade/premie verhouding	
Bedrijfskosten	
Beleggingen	
Bedrijfsresultaat	
Zorgkostenbeheersing	
Doelstellingen (ZKB)	●
Deelnemingen	
Maetis	●
TWA	●
WAARDERING DOOR MAATSCHAPPIJ	
Maatschappelijk ondernemerschap	➔
Managementletter	●
NIET-FINANCIELE RESULTATEN	
Verbeteren van de interne bedrijfsvoering: proceskwaliteit	
PINPAS	
Fusie VGZ-IZA	➔
GM2	●
Gereed voor Basisverzekering	●

Legenda

★ Beter dan norm

● Op de norm

● Slechter dan norm

●* Veel slechter dan norm



Eindejaarsverwachting: prestatie beter dan in jaarplan voorzien



Eindejaarsverwachting: prestatie minder dan in jaarplan voorzien



Eindejaarsverwachting: prestatie als in jaarplan voorzien

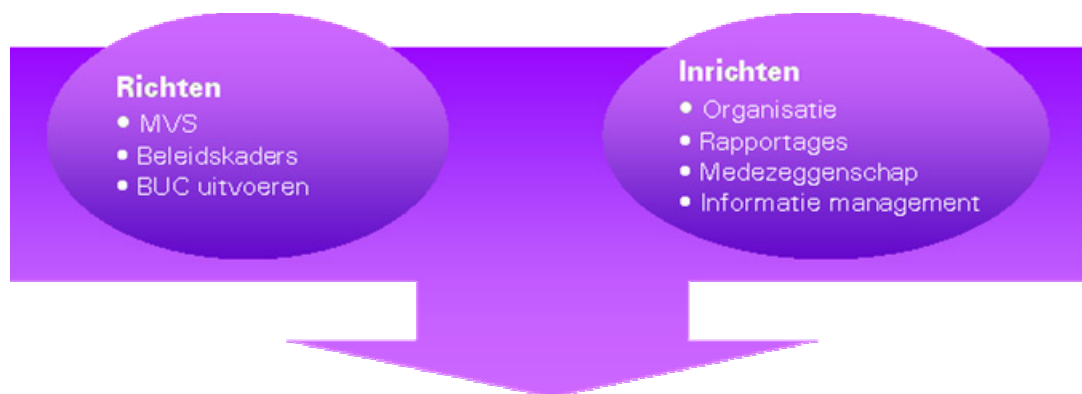


Eindejaarsverwachting: niet af te geven

Bijlage 10

Bedrijfsmodel processen van VGZ

1. Besturende processen



1.1 Richten

Missie, visie, strategie (MVS)

De missie en een oriëntatie op zowel externe als interne ontwikkelingen, kansen en bedreigingen vormen input voor de visie. De visie kan worden gedefinieerd als een ambitieus en realistisch gedeeld beeld van de toekomst, omschreven met succesbepalende factoren.

Beleidskaders

Beleid en kaders procesinrichting, kaders product/markt ontwikkeling, beleidskaders HR (HRM-beleid, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en organisatie-ontwikkeling), verkoopbeleid, inkoopbeleid, kwaliteitsbeleid, AWBZ-beleid, informatiebeleid.

BUC uitvoeren

Het inrichten en doen uitvoeren van de BUC.

1.2 Inrichten

Organisatie

Aanpassen van de organisatie aan nieuwe eisen en wensen

Rapportages

Rapporteren over de uitvoering (zowel besturend voor interne besluitvorming, als verantwoording aflegend naar externen)

Medezeggenschap

Vorm geven aan de medezeggenschap en de relatie tussen de medezeggenschap en het bedrijf onderhouden. Diverse partijen nemen hieraan deel (OR, stakeholders, ledenraad)

Informatie management

Afstemming van de businessdoelen en strategie met de ICT ondersteuning

2. Realisatie processen



2.1 Zorg verwerven

Afstemmen van zorgvraag en aanbod (regisseren van zorg)

Verkennen zorgvraag, afzetten tegen aanbod, behoeften constateren

Overeenkomsten zorgaanbieders afsluiten

Selecteren zorgaanbieders, bespreken inhoud en uitvoering van het contract, vastleggen van de afspraken in het contract

2.2 Verkopen verzekeringen

Offertes uitbrengen

Aanbieden offerte; Op verzoek uitbrengen van een aanbod aan een potentiële klant

Contracten aanbieden

Het opstellen en aanbieden van een rechtsgeldige overeenkomst.

2.3 Product en markt ontwikkelen

Markt ontwikkelen

Het bewerken van de markt door reclames.

Product ontwikkelen

Productspecificaties, nieuwe (zorg)producten, het bewerken van de markt door reclames.

Product beheren

Aanpassen producten en polisvoorwaarden.

Premie vaststellen

Vaststellen van de premie.

2.4 Contracten beheren

2.4.1 - Verzekerden contracten beheren

Aanvraag registreren en accepteren

N.a.v. een ingevuld aanmeldingsformulier uitgeven van een polis

Verwerken mutaties en afmeldingen verzekerden

N.a.v. een mutatie uitgeven van een gewijzigde polis of opzegging

Verzekeringsrecht registreren

N.a.v. informatie over verzekeringsgerechtigdheid UVI corrigeren van een polis

Controleren + corrigeren

Reacties vanuit SUO leiden tot controles door VA, ZGA, Zorg, SUO, leiden tot correcties op de polis

Collectieve contracten beheren

Collectiviteiten

Verwerken wijzigingen in collectieve contracten

ATP/volmachten

Berekenen en uitbetalen provisie o.b.v. contract met ATP

Zorgaanbiedercontracten beheren

Bespreken inhoud en uitvoering van het contract, monitoren contractafspraken, vastleggen van mutaties in het contract c.q. beëindigen van het contract

2.5 Contracten uitvoeren

Incasseren vorderingen

Afhandelen van premie c.q. vergoeding terugvragen

Beoordelen/verwerken van aanvragen om teruggave premie of schade, het (doen) betalen en resultaat schriftelijke communicatie.

Innen premie

Innen premie (collectief en individueel), verwerken ontvangen premie, beoordelen op juiste betaling, indien niet voldaan aanmanen.

Machtigingsaanvragen verwerken

Invoeren aanvraag, beoordelen, eventueel voorleggen aan medisch adviseur, afgeven machtiging of afwijzing en aanvraag opnemen in historie, PGB

Declaraties verwerken

Beoordelen declaraties van zorgaanbieders, verzekerden en verdragspartners, claims verhaal vanuit reisverzekeraars

Inlezen, screenen, betalen, communiceren, opnemen in historie

Controleren + corrigeren

Reacties vanuit SUO leiden tot controles door VA, ZGA, Zorg, SUO, leiden tot correcties. Verzoeken TOGV beoordelen en afhandelen

Betaalopdracht leveren AWBZ

Verwerken mutaties, declaratieverwerking en betaalopdrachten aanmaken

Abonnementshonoraria vaststellen

betalingen

Verhalen van zorgkosten

Registreren ongevalsmelding, beoordelen ongeval, aansprakelijk stellen van derden en het versturen van een kostenspecificatie en claim.

AWB uitvoeren (bezwaarschriften afhandelen)

Beoordelen bezwaarschrift, opvragen aanvullende informatie, schriftelijke reactie en eindoordeel
--

2.6 Service verlenen

Klantinformatie verstrekken

Info verschaffen aan zorgaanbieders

Beantwoorden van vragen t.a.v. afhandeling van ingediende declaraties en aanvragen
machtiging en polisvoorwaarden

Info verschaffen aan verzekerden

Klant informeren over status/product ontvangen uit verschillende bronnen

Informeren / adviseren collectiviteit

Reactief en pro-actief adviseren en informeren van de collectiviteit

Behandelen infoverzoeken

Behandelen van infoverzoeken door belangenorganisaties over individuele gevallen

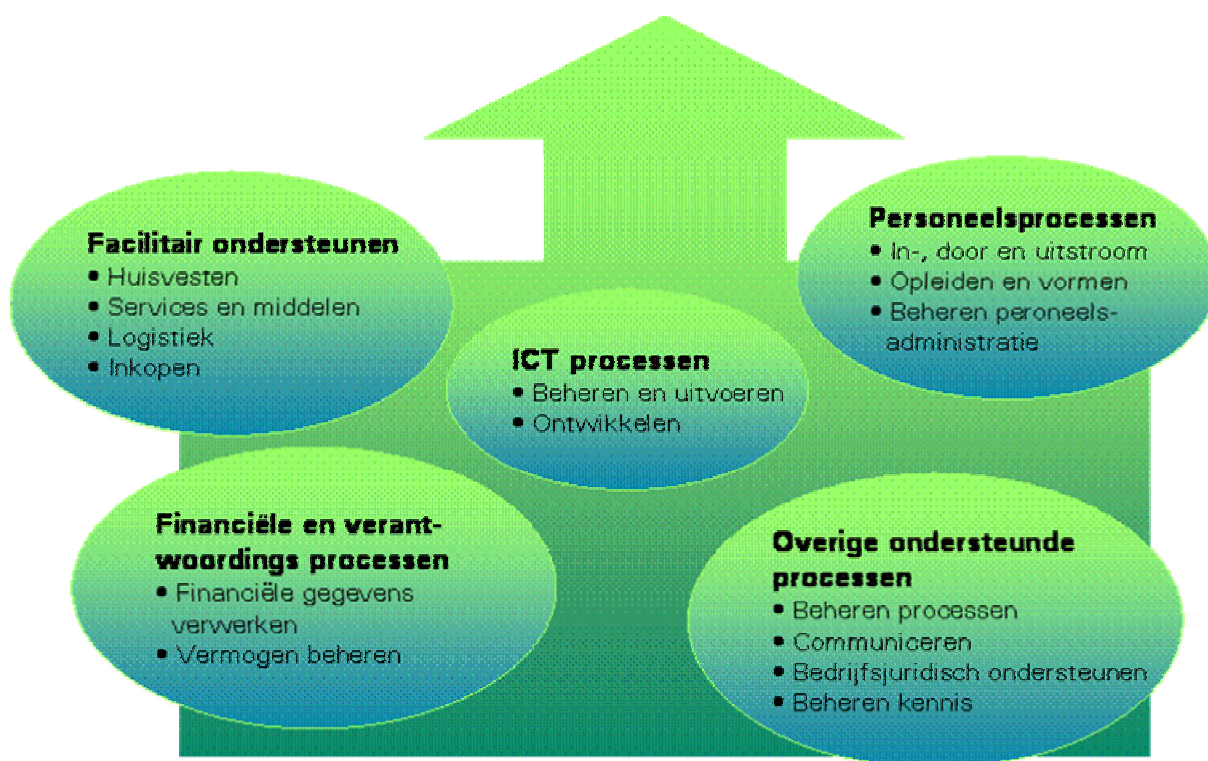
Klachten behandelen

Beoordelen/categoriseren en behandelen van klachten uit verschillende bronnen

Wachttijst bemiddelen

Op basis van vraag van verzekerde gaat de afdeling zorgbemiddeling op zoek naar een zorgaanbieder met een kortere toegangstijd
--

3. Ondersteunende processen



3.1 Beheer personeel

In-, door en uitstroom

Het werven, selecteren en behouden van medewerkers
--

Opleiden en vormen

Vaststellen opleidingsbehoefte, inkopen of ontwikkelen en verzorgen opleidingen

Beheren personeelsadministratie

Registreren gegevens medewerkers en salarissen
--

3.2 Facilitair ondersteunen

Inkopen

Inkopen en huren van goederen en diensten

Services en middelen

Leveren van faciliteiten die nodig zijn voor VGZ-klanten of medewerkers

Huisvesten

Onderhouden goederen om de faciliteiten in stand te kunnen houden

Logistiek

Postverwerking, archivering fysieke bestanden

3.3 Beheer informatiesystemen

Beheren en uitvoeren

Operationeel houden van informaticasystemen

Ontwikkelen

Ontwikkelen systemen voor een doelmatige bedrijfsvoering (beoordelen aanvraag, opstellen plan van aanpak, kosten-batenanalyse, bouwen, testen, in productie nemen en beschrijven)
Aanpassingen en correctieve maatregelen uitvoeren

3.4 Financieel beheer

Financiële gegevens verwerken

Het registreren en bewerken van financiële gegevens

Vermogen beheren (waaronder ook treasury en cashmanagement)

Het belegde vermogen zo optimaal mogelijk (doen) renderen, (optimaliseren) liquiditeitsbeheer en beheren van de assurantieportefeuille

3.5 Overige ondersteunende processen

Beheren processen

Functioneel procesbeheer

Checken loop processen, verwerken alle signalen (in- en extern) om te komen tot een optimaal procesbeheer. Inclusief tabellenbeheer. Verbeteringen worden eventueel in projectvorm doorgevoerd. Noodzakelijke aanpassingen kunnen komen uit audits en risico-analyses.

Auditen processen

Controleren en beoordelen van de gegevens uit de processen en van de efficiëntie en effectiviteit van de processen. Vaststellen van de risico's en geven van adviezen aan medewerkers en afdelingen bij VGZ.

Communiceren

Adviseren over en uitvoeren van communicatie. Dit is soms een onderdeel van andere processen, intern en extern communiceren

Bedrijfsjuridische ondersteunen

Adviseren activiteiten die om een specifieke bedrijfsjuridische deskundigheid vragen. Dit is soms een onderdeel van andere processen.

Bijlage 11

Kerngegevens van Zorgverzekeraar VGZ

	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Bedragen in miljoenen euro's Aantal verzekerden in duizenden								
Aantal verzekerden:	2.483,9	2.163,9	2.070,3	1.949,2	1.828,5	1.727,9	1.681,3	1.664,6
Ziekenfonds	1.318,7	1.304,4	1.292,9	1.288,6	1.295,5	1.275,5	1.242,0	1.233,1
Particulier	900,4	859,5	777,4	660,6	533,0	452,3	439,3	431,4
Deelnemers uitvoeringscontracten	64,8	197,7	87,8	105,0	120,0	110,5	94,6	74,0
Groei	11,5%	4,5%	6,2%	6,6%	5,8%	2,8%	1,0%	0,4%
Medewerkers								
Aantal personeelsleden	2.368	2.310	1.782	1.685	1.549	1.405	1.348	1.369
Vast	<i>incl. IZA</i>	<i>incl. IZA</i>	1.652	1.596	1.441	1.331	1.281	1.286
Tijdelijk (fte)			130	89	108	74	67	83
Groei	---	---	5,8%	8,8%	10,2%	4,2%	-1,5%	1,0%
Financiële cijfers								
Groepsresultaat	84,7	76,7	11,2	(44,5)	29,1	48,7	44,9	36,0
Premies en bijdragen	3934,9	3.492,3	3.097,2	2.721,0	2.305,3	2.070,5	1.855,8	1.721,2
Schadelasten	3665,0	3.265,7	2.952,7	2.662,0	2.220,6	1.972,9	1.779,3	1.669,9
Totale bedrijfskosten	256,2	190,7	168,2	144,5	130,6	107,0	100,7	103,9
Groepsvermogen	687,3	587,1	501,5	418,3	536,2	595,0	580,5	527,7
Enkele verhoudingsgetallen								
Marktaandeel Ziekenfonds	Onb.	12,7%	12,6%	12,6%	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.
Aantal verzekerden per fte ¹		1245	1162	1157	1180	1230	1247	1216
Bedrijfskosten Per verzekerde in euro's/jaar:		88,13	81,24	74,13	71,42	61,92	59,89	62,42
Groepsvermogen als % van de vereiste solvabiliteit:		213%	207%	202%	321%	416%		
Overig								
Nominale premie Euro/maand	30,75	25,90	29,90	14,30	11,46	14,63	13,84	8,17
Rangorde Goedkoopst/Duurst	4:15	11:17	10:14	6:18	5:18	5:20	4:18	7:14
Goedkoopst Duurst	19,95 37,95	17,95 29,85	19,95 32,50	9,50 19,90	11,00 18,60	13,05 18,60	13,05 16,68	5,45 9,01

¹ Zorgverzekeraar VGZ heeft relatief veel verzekerden bij volmachten.

Kerngegevens van Zorgverzekeraar VGZ

	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989
Aantal verzekerden:	1.658,1	1.625,5	1.602,9	1.559,2	1.524,4	1.484,3	1.460,8	1.442,8	1.428,2
Ziekenfonds	1.218,4	1.172,3	1.149,6	1.140,6	1.114,8	1.109,0	1.101,4	1.096,1	1.083,4
Particulier	439,7	453,3	453,3	418,6	409,6	375,3	359,4	346,7	344,8
Deelnemers uitvoeringscontracten	29,4	27,5	25,7	23,4	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.
Groei	+2,0%	+1,4%	+2,8%	+2,3%	+2,7%	+1,6%	+1,2%	+1,0%	--

Medewerkers

Aantal personeelsleden	1.356	1.384	1.308	1.172	1.363	1.371	1.366	1.330	1.250
Vast	1.274	1.205	1.085	1.156	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.
Tijdelijk (fte)	82	189	223	16	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.
Groei	-2,0%	+5,8%	+11,6%	-14%	-0,6%	+0,4%	+2,7%	+6,4%	--

Financiële cijfers

Groepsresultaat	35,4	39,5	34,3	34,6	12,4	11,8	5,6	7,2	Onb.
Premies en bijdragen	1.686,0	1.550,4	1.481,2	1.448,9	1.398,8	1.332,0	1.172,5	1.062,1	Onb.
Schadelasten	1.629,7	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.	Onb.
Totale bedrijfskosten	102,3	90,3	Onb.	Onb.	71,6	74,6	68,4	66,3	Onb.
Groepsvermogen	437,3	367,2	304,8	272,6	245,5	211,8	187,4	169,9	Onb.

Enkele verhoudingsgetallen

Aantal verzekerden per fte	1223	1174	1225	1330	1118	1083	1069	1085	1143
Bedrijfskosten Per verzekerde in euro's/jaar:	61,70	55,55	Onb.	Onb.	46,97	50,30	46,82	45,95	Onb.

Bijlage 12

Kerngegevens van CZ Actief in Gezondheid

	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Bedragen in miljoenen euro's						
Gemiddeld aantal verzekerden:	2.016.900	2.044.700	1.991.100	1.922.500	1.874.300	1.805.900
Ziekenfonds	1.392.900	1.383.600	1.357.700	1.333.200	1.325.600	1.295.500
Particulier	624.000	661.100	633.400	589.300	548.700	510.400
Groei	- 1,4%	+ 2,7%	+ 3,6%	+ 2,6%	+ 3,8%	+ 3,4%
Medewerkers						
Aantal personeelsleden Vast en tijdelijk (fte)	1.790	1.867	1.967	1.926	1.771	1.627
Groei	- 4,1%	- 5,1%	+ 2,1%	+ 8,8%	+ 8,9%	+ 7,2%
Financiële cijfers						
Resultaat (Verzekeringsresultaat en beleggingsresultaat)	165	58	(78)	(8)	94	115
Premies en bijdragen	3.142	3.046	2.799	2.535	2.194	1.974
Ziektekosten en verstrekkingen	2.969	2.804	2.701	2.465	2.082	1.859
Kosten van beheer: Structureel	172	154	166	169	146	125
Kosten reorganisatie		0	0	0	0	0
Groepsvermogen	1.165	957	931	1.045	1.371	1.322
Enkele verhoudingsgetallen						
Marktaandeel		12,4%	12,2%	11,9%		
Aantal verzekerden per fte	1.127	1.095	1.012	998	1.058	1.110
Bedrijfskosten Per verzekerde In euro's/jaar	85,00	75,32	83,37	87,91	77,90	69,22
Groepsvermogen als % van de vereiste solvabiliteit:	450%	396%	416%	539%	854%	944%
Overig						
Nominale premie Euro/maand	30,90	23,75	27,80	13,10	11,23	14,29
Rangorde Goedkoopst/Duurst	5:15	3:17	3:14	3:18	3:18	4:20
Goedkoopst Duurst	19,95 37,95	17,95 29,85	19,95 32,50	9,50 19,90	11,00 18,60	13,05 18,60

Bijlage 13

Kerngegevens van Agis

	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Aantal verzekerden in duizenden Bedragen in miljoenen euro's								
Aantal verzekerden:	1.649	1.678	1.743	1.810	1.815	1.821	1.821	1.699
Ziekenfonds	1.400	1.444	1.499	1.539	1.584	1.591	1.592	1.612
Particulier	116	101	110	136	97	98	98	87
Deelnemers Uitvoerings- contracten	133	133	134	135	134	132	131	Nb
Groei	-1,7%	-3,7%	-3,7%	0%	0%	0%	?%	-1,0%
Medewerkers								
Aantal personeelsleden Vast en tijdelijk (fte)	1.696	1.801	1.951	2.108	2.271	2.032	1.891	1.808
Groei	-5,8%	-7,6%	-7,4%	-7,1%	+ 11,8 %	+ 7,5%	+ 4,6%	+ 10,6 %
Financiële cijfers								
Groepsresultaat	93	97	3	(60)	(27)	35	19	(12)
Premies en bijdragen	3.491	3.061	3.015	2.752	2.561	2.353	2.219	2.133
Schadelasten	2.695	2.749	2.852	2.612	2.418	2.174	2.083	?
Totale bedrijfskosten:	184	194	180	177	192	173	141	134
Structureel	168	159	163	165	186	173	141	
Kosten reorganisatie	16	35	17	12	6	0	0	
Groepsvermogen	379	286	191	189	250	306	276	252
Enkele verhoudingsgetallen								
Aantal verzekerden per fte	972	932	893	854	799	896	965	940
Bedrijfskosten Per verzekerde in euro's/jaar:	111,58	115,61	103,27	97,79	105,78	95,00	77,30	78,87
Groepsvermogen als % van de vereiste solvabiliteit:	175%	140%	104%	113%	181%	260%		
Overig								
Nominale premie Euro/maand	33,45	27,95	31,50	16,22				
ZAO:				17,92	14,75	16,74	15,38	7,94
Anova:					14,75	16,79	16,34	9,01
Anoz:					17,88	15,20	15,66	8,51
Pro life:					16,68	17,24	14,07	9,01
Rangorde Goedkoopst/Duurst	12:15	15:17	13:14	16:18	16:18	17:20	17:18	14:14
Goedkoopst Duurst	19,95 37,95	17,95 29,85	19,95 32,50	9,50 19,90	11,00 18,60	13,05 18,60	13,05 16,68	5,45 9,01

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet
ABB	Assurantie Bemiddelings Bedrijf
ABC	Aanmelden, Beoordelen en Corresponderen
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
ABW	Algemene Bijstandswet
ACD	Automatic Call Distribution (telefonie).
AD	Accountantsdienst
ADV	Arbeidsduurverkorting
ALV	Algemene Ledenvergadering
AmvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANW	Algemene Nabestaanden Wet
AO	Administratieve Organisatie
APZ	Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen
AR	Algemene Rekenkamer
ARBO-wet	Arbidsomstandighedenwet
ATP	Assurantie Tussen Persoon
AV	Aanvullende Verzekering
Awb	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ	Academische Ziekenhuizen
AZR	AWBZ Zorg Registratiesysteem
BAV	Beperkt Aanvullende Verzekering
BD&I	Business Development en Innovatie, een stafafdeling van VGZ-IZA
BGB	Beoordelings Gerelateerd Belonen
BGD	BedrijfsGezondheidsDienst
BHV	Bedrijfshulpverlening
BIG	Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
BIZA	Ministerie van Binnenlandse Zaken
BIZNIS	Bereid <u>I</u> ZA <u>Z</u> orgverzekering <u>N</u> auwgezet en <u>I</u> ntegraal voor op de <u>S</u> tandaardverzekering
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BO	Bestuursondersteuning, stafafdeling VGZ-IZA
BSC	Balanced Score Card
BSN	Per 1 januari 2006 wordt een nieuw soort SOFI-nummer ingevoerd, dat binnen de zorg bij alle contacten over verzekerden moet worden vermeld. Het nummer heet "Burgerservicenummer" en wordt door ZN afgekort als "BSN"
BUC	Beleids Uitvoerings Cyclus
BVI	Bewijs van Inschrijving
BW	Burgerlijk Wetboek

BZP	Bedrijfszorgpakket
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan Survey
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	Centraal Bestand Zorgaanbieders of College Bouw Zorginstellingen
CC	Competence Center of Concern Controlling
CF	Corporate Finance, stafafdeling
CHP	Centrale Huisartsenpost
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CM	Consumentenmarkt
COA	Centraal orgaan Opvang Asielzoekers
CODA	Boekhoudsysteem (pc-applicatie/oracle-database)
Com	Communicatie (stafafdeling)
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CRM	Customer Relation Management
CS	Corporate Staf, hieronder vallen de stafafdelingen BO, IAD, CF en P&C
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisaties
CTZ	College van Toezicht op de Zorgverzekeringen
CVA	Cerebro Vasculair Accident (hersenbloeding)
CVZ	College voor Zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad)
CZ	Commerciële Zaken
CZ groep	Zorgverzekeraar CZ, stond voorheen voor Centraal Ziekenfonds
Datawarehouse	Een gegevensbank, die los staat van de operationele gegevensverwerkings-systemen en die dient als ondernemingsbrede basisgegevensbank voor beslissingsondersteunende systemen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
Deb	Debiteurenadministratie (afdeling behorend bij VA)
DESTEP	Demografische, economische, sociaal-maatschappelijke, technologische, ecologische en politieke factoren
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
DIS of FDIS	Debiteuren Informatie Systeem (een VGZ-applicatie)
DOV	Download Verzekerdenadministratie (verzekerden- en premiegegevens)
DVS	Declaratie Verwerkend Systeem
EDP	Electronic Data Processing
EI	Externe Integratie
EK	Eerste Kamer
EMU	Europese Munt Unie

ESU	E-support unit
EXT	Integratie van geautomatiseerd aangeleverde declaraties van zorgaanbieders conform de landelijke instructie voor 'externe integratie' (van zorgaanbieders of extern bureau via PC-applicaties)
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FB	Facilitair Beheer
FDIS	Financieel Debiteuren Informatie Systeem
FIFA	Financieel en Facilitair Beheer
FIS	Financieel Informatie Systeem
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FTE	Full Time Equivalent
FTO	Farmaco Therapeutisch Overleg
FWF	Functie Waarderings Fondsen
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GBO	Generieke backoffice
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GS	Gedeputeerde Staten
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem
GWE	Geconcentreerde Werk Eenheid (Eindhoven en Tilburg)
HA	Huisartsen
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HDS	Huisartsen Diensten Structuren
HIS	Historische gegevens DVS (schadegegevens)
HKT	Hoofdkantoor (Nijmegen)
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HON	Abonnementshonorarium voor huisartsen
HOZ	Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg
HR	Human Resources
HRM	Human Resource Management
HV	Hoofdverzekering
IAD	Interne Accountantsdienst, corporate stafafdeling van VGZ-IZA
IAK	Industrieel Assurantie Kantoor (volmachtcontract van VGZ-IZA)
IBG	Informatie Beheer Groep
ICT	Informatie en Communicatietechnologie
IGBO	Inrichting Generieke Backoffice
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
INEC	Information Economics Investeringsselectiemethodiek
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ITIL	Information Technology Infrastructure Library

IPO	Integraal Projecten Overleg
IS	Informatica Services
ISO	International Standard Organization
IT	Informatietechnologie
IVO	Input Verzekerden Output
IVR	Interactieve Voice Response
IZA	Instituut Ziektekosten Ambtenaren
IZR	Interprovinciale Ziektekostenregeling
IZP	Integraal Zorg Product
IZZ	Voorheen Stichting Instituut Ziektekostenvoorziening Ziekenhuiswezen. Het is nu een eigen naam en geen afkorting meer.
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
JXV	Jongeren Xtra Verzekering
JZ	Juridische Zaken
KB	Koninklijk Besluit
KC	Klantcontacten (afdeling van de RVE VGZ)
KiB	Kwaliteit in Beweging (programma om tot proceskwaliteit te komen)
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Pharmacie
KPZ	Koepel Publiekrechtelijke Zorgverzekeringen
KRS	Klachtenregistratiesysteem
KTO	Klanttevredenheidsonderzoek
KvK	Kamer van Koophandel
LAN	Local Area Netwerk
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen
LSV	Landelijke Specialistenvereniging
MAC	Machtigingensysteem
M&C	Marktontwikkeling en Communicatie
MCC	Medisch Call Center
MIP	Management Informatie Periodiek
	Melding incidenten patiëntenzorg
MKB	Midden en KleinBedrijf
ML	Management Letter
MIn	Miljoen
Mnd	Maand
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
MST	Medic Support Team Huisartsen
MT	ManagementTeam

MTO	Medewerkertevredenheidsonderzoek
MvJ	Ministerie van Justitie
MVO	Maatschappelijk verantwoord ondernemen
MVS	Missie Visie Strategie
MZB	Maatschappij Ziekenfonds Bergen op Zoom
NAW	Naam Adres Woonplaats
NHG	Nederland sHuisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIB	Nationale Investeringsbank N.V.
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMN	Noord en Midden Nederland
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NONI	Niet op naam ingeschreven
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
OBU	Overbruggingsuitkering
OM	Openbaar Ministerie
OOZ	Oracle Open Zorg (nieuw automatiseringssysteem)
OPV	Overleg Productvoorwaarden
OR	Ondernemingsraad
OWI	Ondersteuning Werkplek Informatisering
Owm	Onderlinge Waarborg Maatschappij
OZB	Onroerende Zaakbelasting
PA	Public Affairs
PAAZ	Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen
PB	Project Bureau
PC	Personal Computer
PCL	Patiënten Consumenten Platform Limburg
PDCA	Plan Do Check Act
P&C	Planning en Control (stafafdeling)
Pemba	Premiëdifferentiatie en marktwerking bij Arbeidsongeschiktheid
PGB	Persoonsgebonden Budget
PGGM	Stichting Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
PI	Prestatie-Indicator
PINPAS	Programma Invoering Nieuw Proces & Administratie Systeem
POB	Procesontwikkeling en -beheer
POP	Persoonlijk OntwikkelingsPlan
PRT	Particulier
PVB	Persoonsvolgend Budget

P-View	Geautomatiseerd personeelsinformatiesysteem
PVK	Pensioen- en Verzekeringskamer
PVS	Productie Volg Systeem
PVT	Postverwerkingsteam
PWC	Price Waterhouse Coopers
RACI	Responsible, Accountable, Consulted, Informed
RCVO	Regionale Commissie van overleg
RDV	Reis Dag Verzekering
RIAGG	Regionale Instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIZ	Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering
RKV	Reis Kontinu Verzekering
ROE	Return On Equity (nettowinst delen door Eigen vermogen)
RRD	Aan de Raad van Bestuur Rapporterende Directeuren
RvA	Raad van Advies
RvB/D	Raad van Bestuur en directie
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheden
RVVZ	Reserve Voormalig Vrijwillige Verzekering
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SA	Special Accounts
SBF	Succesbepalende factor
SBZ	Stichting Bedrijfspensioenfonds Zorgverzekeraars
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SDW-AO	System Development Workbench- Administratieve Organisatie
SER	Sociaal Economische Raad
SG	Stuurgroep
SIZ	Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen
SLA	Service Level Agreement
Smart	Specifiek, meetbaar, aantrekkelijk/acceptabel, realistisch, tijdgebonden
SMT	Sociaal Medisch Team
SOFI-nummer	Sociaal-Fiscaal nummer
SPP	Standaard Pakket Polis
SSPP	Studenten Standaard Pakket Polis
SUO	Stichting Uitvoeringsorgaan Omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Oppottunities, Threats
SWP	Stroomlijnen Werk Processen

SZ	Sociale Zekerheid
SZV	Stichting Ziekenfonds VGZ
TAB	Technisch Applicatie Beheer
TAS	Telefonisch Advies Systeem
TGB	Technisch Gegevens Beheer
TK	Tweede Kamer
TOV	Training Opleiding Vorming
UA	Uitsluiting van Aansprakelijkheid
UAV	Uitgebreide Aanvullende Verzekering
UB	Unit Bedrijfszorg
Uvi's	Uitvoeringsinstanties
VA	Verzekerdenadministratie
VB	Vrije Beroepen
VCUS-activiteiten	Vorderingen en Correctie Uit Schade
VECOZO	VEilige internet COmmunicatie in de ZOrg
VGB	Verzekeringsgerechtigheidsbestand
VGW-commissie	Commissie voor Veiligheid, Gezondheid en Welzijn
VGZ	Is nu een eigenaam, maar was vroeger een afkorting voor St. Volksgezondheidszorg
VISZ	Verzekerden Informatie Systeem Zorgverzekering
VK	Verzekeringskamer
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VSB	Verstrekkingsboek
VUT	Vervroegde Uittreding
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAA	Wet Aanpassing Arbeidsduur
WAN	Wide Area Netwerk
WBEAA	Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname Allochtonen
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WEM	Wet Economische Mededinging
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization / Wereld Gezondheidsorganisatie
WIT	Werken in Teams
WGP	Wet Geneesmiddelen Prijzen
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector
WML	Wet Minimum Loon
WOB	Wet Openbaarheid van Bestuur
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening

WOR	Wet op Ondernemingsraden
WPR	Wet Persoonsregistraties
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering
WTZ	Wet ziekenhuistarieven
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZB	Zorgbemiddeling
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZFW	Ziekenfondswet
ZGA	Zorgadministratie
ZiMS	zorginkoopmanagementsysteem
ZIP	Zorg Inkoop en Productontwikkeling
ZKF	Ziekenfonds
ZKT	Zorgkantoor
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZPI	Zorg Pas Initiatief
ZRA	Ziektekosten Regeling Asielzoekers
ZSU	ZGA Service Unit, cluster 5 van de zorgadministratie
ZVS	Zorgverstrekking
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZVZ	Zorgverzekering
ZZO	zorgaanbieder zonder overeenkomst

Lijst van figuren en tabellen

Hoofdstuk 1	Inleiding en opzet van het onderzoek
Figuur 1.1	Gedachtegang over de relatie tussen bureaucratie en klantgerichtheid
Figuur 1.2	Te onderzoeken relaties in dit onderzoek
Figuur 1.3	De te onderzoeken relaties, afgebakend voor dit onderzoek
Figuur 1.4	Opzet van het onderzoek
Figuur 1.5	INK-managementmodel, versie 2004
Tabel 1.1	Organisatiegebieden van het INK-managementmodel en de deelgebieden
Tabel 1.2	Resultaatgebieden van het INK-managementmodel met enkele voorbeelden van maatstaven
Tabel 1.3	Verband organisatiegebieden en resultaatgebieden in het INK-managementmodel
Tabel 1.4	De PDCA-cyclus in het INK-managementmodel
Tabel 1.5	Ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel
Tabel 1.6	Wegingsfactoren van de negen aandachtsgebieden
Hoofdstuk 2	Bureaucratie en klantgerichtheid
Figuur 2.1	De vijf basisonderdelen van de organisatie volgens Mintzberg
Figuur 2.2	De organisatie en de omgeving
Figuur 2.3	Contingentietheorie in enge en in ruimere zin
Figuur 2.4	Situationele factoren werken via intermediaire variabelen
Figuur 2.5	Middelen gecombineerd met bronnen in het interorganisatieel netwerk
Figuur 2.6	Formalisatie bij Adler en Borys, 1996
Figuur 2.7	De cyclus van klantenmanagement
Figuur 2.8	Relatie tussen klantgerichtheid en klanttevredenheid
Figuur 2.9	De klantgerichte bureaucratie, gevisualiseerd in het INK-managementmodel
Tabel 2.1	De ontwerpparameters van Mintzberg
Tabel 2.2	Interorganisatieel netwerk of transactionele omgeving
Tabel 2.3	Algemene of contextuele omgeving
Tabel 2.4	Dimensies van de omgeving van een organisatie
Tabel 2.5	Externe en interne situationele factoren
Tabel 2.6	Veronderstellingen van Lawrence en Lorsch over organisatie- en oriëntatiekenmerken van diverse bedrijfsafdelingen
Tabel 2.7	Hypothesen van Mintzberg
Tabel 2.8	Vijf effectieve configuraties volgens Mintzberg
Tabel 2.9	De configuraties gescoord op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie
Tabel 2.10	Mechanische en organische regimes
Tabel 2.11	Resultaten van een evaluatieonderzoek Nationale Ombudsman, 1994
Tabel 2.12	De bureaucratie en de post-entrepreneurial organisatie getypeerd
Tabel 2.13	Overzicht van bruikbare instrumenten t.b.v. de klantgerichtheid
Tabel 2.14	De klant en de ontwikkelingsfasen van het INK-managementmodel
Hoofdstuk 3	Zorgverzekeraars in een turbulente tijd
Figuur 3.1	Orderingsmodel van de Nederlandse gezondheidszorg
Figuur 3.2	Interorganisatieel netwerk van een zorgverzekeraar
Figuur 3.3	Wet- en regelgeving, kaders en gedragscodes van toepassing op zorgverzekeraars
Figuur 3.4	Stramien voor de interviews met het topmanagement van zorgverzekeraars
Figuur 3.5	De klantgerichte bureaucratie, gevisualiseerd in het INK-managementmodel
Tabel 3.1	Verhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg tot 1986
Tabel 3.2	Kabinetten in de jaren 1987 tot 2006
Tabel 3.3	Voorbereiding voor een nieuw zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006
Tabel 3.4	Totale uitgaven uitvoering en beheer, 1998, 2001, 2003

Lijst van figuren en tabellen

Tabel 3.5	Toezicht in de zorgverzekeringsbranche anno 2005
Tabel 3.6	Periodieke externe verantwoording door zorgverzekeraars, anno 2004
Tabel 3.7	De belangrijkste toezichthouders voor de kernfuncties van een zorgverzekeraar
Tabel 3.8	De belangrijkste ontwikkelingen bij de actoren in de periode 1987 tot 2006
Tabel 3.9	De beleidsruimte van een zorgverzekeraar in 2005
Tabel 3.10	De omgeving van zorgverzekeraars getypeerd door de onderzoekster
Tabel 3.11	Contactmomenten tussen een zorgverzekeraar en de verzekerde
Tabel 3.12	Waardering door verzekerden, relevante aspecten
Tabel 3.13	Waardering door zorgvragende verzekerden, relevante aspecten
Tabel 3.14	Waardering door de zakelijke klant, relevante aspecten
Tabel 3.15	Effectiviteit van zorgverzekeraars, te beoordelen prestatie-indicatoren

Hoofdstuk 4 Zorgverzekeraar VGZ

Figuur 4.1	Organogram Zorgverzekeraar VGZ, 31-12-2003
Figuur 4.2	Juridische structuur van de VGZ-IZA Groep
Figuur 4.3	Organogram VGZ-IZA Groep, 2004
Figuur 4.4	Organogram Zorgverzekeraar VGZ in 1990
Figuur 4.5	Organogram Zorgverzekeraar VGZ, februari 1993
Figuur 4.6	VGZ-organisatiemodel in het CONDOR masterplan, maart 1994
Figuur 4.7	Organogram Zorgverzekeraar VGZ, 1996
Figuur 4.8	Organogram Zorgverzekeraar VGZ, november 1999
Figuur 4.9	Beoordelingscriteria vanaf 2000
Tabel 4.1	Resultaten SWOT, Zorgverzekeraar VGZ, 1999
Tabel 4.2	Resultaatgebieden uit de visie 1999
Tabel 4.3	Succesbepalende factoren VGZ, 1999
Tabel 4.4	Beoordelingscriteria van de VGZ-medewerker van 1997 tot 2000
Tabel 4.5	HR-beleid, Zorgverzekeraar VGZ
Tabel 4.6	Beleidskaders vanaf 2004
Tabel 4.7	Do Well acties

Hoofdstuk 5 Functies nader bekeken

Figuur 5.1	Orderingsmodel van de Nederlandse gezondheidszorg en de kernfuncties
Figuur 5.2	CZ-organisatie eind 1993
Figuur 5.3	Organogram Commerciële Zaken 1995
Figuur 5.4	Organogram Regiokantoor CZ 1995
Figuur 5.5	Directoraat Verzekeringen 1996
Figuur 5.6	Organogram Commerciële Zaken, 2005
Figuur 5.7	Organogram ZIP 1993
Figuur 5.8	Organogram ZIP 1995
Figuur 5.9	Directoraat Zorg 1996
Figuur 5.10	Organogram Zorginkoop en Zorgbeleid 2003
Figuur 5.11	Organogram CC Zorg 2005
Figuur 5.12	Visie op zorginkoop, beleidskader 2005-2008
Figuur 5.13	Inkoop Plus, beleidskader 2005-2008
Figuur 5.14	Organogram Zorgverzekering, december 1993
Figuur 5.15	Organogram ZVZ, december 1995
Figuur 5.16	Organogram ZVS, december 1995
Figuur 5.17	Organogram Verzekerdenadministratie vanaf juli 2003
Figuur 5.18	Organogram Zorgadministratie vanaf juli 2003
Figuur 5.19	Plateau A, B en C Serviceconcept
Figuur 5.20	Organogram Directoraat Klantcontacten in 2005
Figuur 5.21	Indeling eerste en tweede lijn directoraat Klantcontacten, 2005
Tabel 5.1	De top van miljonairs van zorgverzekeraars
Tabel 5.2	Resultaten van de verkoopfunctie 1989-2006
Tabel 5.3	Zorgaandachtsgebiedsgroepen
Tabel 5.4	Zorginkoopbeleid 2001-2005

Lijst van figuren en tabellen

Tabel 5.5	Inspanningen en resultaten van de zorginkoopfunctie 1989-2006
Tabel 5.6	Kerntaken clustermanager en teamcoach bij de verzekerdenadministratie, 2002
Tabel 5.7	Projecten bij de Zorgadministratie, 1996-1998
Tabel 5.8	Organisatieontwikkeling van de administratiefunctie binnen VGZ 1987-2006
Tabel 5.9	Resultaten van het administratieve proces 1989-2006
Tabel 5.10	Organisatieontwikkeling van Zorgverzekeraar VGZ 1989-2005

Hoofdstuk 6 Zorgverzekeraar VGZ, een analyse

Figuur 6.1	De maatstaven voor een 'adequate' reactie op de veranderende omgeving, geordend in de resultaatgebieden van het INK-Managementmodel
Figuur 6.2	De dimensies van een bureaucratische organisatie, geordend in de organisatiegebieden van het INK-Managementmodel
Tabel 6.1	Waardering van de omgeving in de periode 1987 – 2003, door de geïnterviewden van VGZ
Tabel 6.2	Schaalvergroting bij Zorgverzekeraar VGZ, uitgedrukt als index ten opzichte van 1989
Tabel 6.3	Spreiding van het VGZ verzekerdenbestand over Nederland, per 31-12-2002
Tabel 6.4	Samenstelling van het verzekerdenbestand
Tabel 6.5	Aantal verzekerden per label en samenwerkingsverbanden
Tabel 6.6	Beslag op de middelen door de vier functies bij VGZ 1996 – 1999 - 2003
Tabel 6.7	Samenwerkingsverbanden van Zorgverzekeraar VGZ 1989 – 2005
Tabel 6.8	Ontwikkeling van de resultaatgerichtheid
Tabel 6.9	Waardering door klanten van VGZ, in de onderzoeksperiode 1989 tot 2006
Tabel 6.10	Waardering door individuele en zakelijke klanten van VGZ, in de onderzoeksperiode
Tabel 6.11	Oordeel van CTZ over VGZ, 2003 en 2004
Tabel 6.12	Leiding ten opzichte van medewerkers, aantal hiërarchische lagen
Tabel 6.13	De ontwikkeling van nieuwe organisatieonderdelen binnen VGZ in de onderzoeksperiode
Tabel 6.14	De ontwikkeling van nieuwe functies binnen VGZ in de onderzoeksperiode
Tabel 6.15	De ontwikkeling van nieuwe kenniscomponenten
Tabel 6.16	De ontwikkeling van competenties
Tabel 6.17	Ontwikkeling van het aantal contacten van klanten met VGZ
Tabel 6.18	Belang van tevredenheidsaspecten
Tabel 6.19	Kwaliteitsaspecten van een telefoongesprek

Hoofdstuk 7 CZ, Agis en Menzis

Figuur 7.1	Ontstaansgeschiedenis CZ Actief in gezondheid, van 1987 - 2005
Figuur 7.2	Organisatiestructuur CZ Groep 1998
Figuur 7.3	Organisatiestructuur CZ Groep vanaf 2005
Figuur 7.4	Ontstaansgeschiedenis Agis, van 1987 - 2005
Figuur 7.5	Organisatiestructuur AZA Groep 1999
Figuur 7.6	Service-profit chain
Figuur 7.7	Organisatiestructuur Agis na Focus 2004
Figuur 7.8	Organisatiestructuur Agis na Agissimo, in te voeren vanaf 2006
Figuur 7.9	Organisatiestructuur van Menzis per mei 2005
Tabel 7.1	Nieuwe producten en diensten van CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.2	Juridische structuur CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.3	Zorgvernieuwing, kwaliteit van zorg projecten van CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.4	Waardering van de omgeving door CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.5	Score op de dimensies van een bureaucratische organisatie door CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.6	Ontwikkeling van de formatie van CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.7	Toegenomen specialisatie binnen CZ Actief in gezondheid
Tabel 7.8	Waardering door klanten van CZ, in de onderzoeksperiode
Tabel 7.9	Oordeel van CTZ over CZ

Lijst van figuren en tabellen

Tabel 7.10	Van Anova, ZAO en Anoz naar Agis
Tabel 7.11	Zorgvernieuwing door Agis
Tabel 7.12	Wachttijstbemiddeling door Agis
Tabel 7.13	Waardering van de omgeving in 1987 en in 2005 door Agis
Tabel 7.14	Oordeel van CTZ over Agis
Tabel 7.15	Oordeel van Agis-klanten
Tabel 7.16	Nieuwe producten en diensten van Menzis
Tabel 7.17	Oordeel van CTZ over Menzis

Hoofdstuk 8 De klantgerichte zorgverzekeraar

Figuur 8.1	De kernfuncties van de klantgerichte zorgverzekeraar, hun relaties met elkaar en de klanten
Tabel 8.1	Toepassing van de contingentietheorie op zorgverzekeraars in de periode 1987 – 2006
Tabel 8.2	Aantal organisaties in de zorgverzekeraarbranche
Tabel 8.3	Aantal ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars in 1986, 1996 en 2005, uitgesplitst naar grootte van het verzekerdenbestand
Tabel 8.4	Zorgverzekeraars in Nederland, eind 2005
Tabel 8.5	Het transformatieproces van VGZ, CZ, Agis en Menzis
Tabel 8.6	Uitvoering van de ziekenfondswet 2003 en 2004
Tabel 8.7	De prestaties van zorgverzekeraars, gemeten eind 2005
Tabel 8.8	Het effect van de interne situationele factoren op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie, toegepast op zorgverzekeraars
Tabel 8.9	Resultaatgebieden – Scoringsopzet volgens het INK-managementmodel

Literatuurlijst

- Adler, P.S. (1992), The 'learning bureaucracy': New United Motor Manufacturing, Inc., *Research in Organizational Behavior*, JAI Press, Greenwich, CT.
- Adler, P.S., Borys, B. (1996), Two types of Bureaucracy: enabling and coercive, *Administrative Science Quarterly*, 41, p.61-89.
- Ahaus, C.T.B., Diepman, F.J. (red.) (1998), *Balanced Scorecard & Model Nederlandse Kwaliteit. Een invoeringsaanpak voor het sturen van processen en prestaties en voor het opstellen van een fundamenteel verbeterplan*, Kluwer Bedrijfsinformatie, Projectgroep Bedrijfskunde TNO BV, Apeldoorn.
- Aken, J.E. (1998), *Strategievorming en organisatiestructurering, organisatiekunde vanuit ontwerpperspectief*, Deventer.
- Albrow, M (1971), *Bureaucratie. Een Begripsanalyse*, Antwerpen, Keur der sociologie reeks 'Modernen'. In- en uitgeleid door prof.dr. A. van Braam.
- Bahlmann, T. Meesters, B. (1989), *Denken en Doen. Een studie naar ontwikkeling en strategische heroriëntatie van zes Nederlandse ondernemingen rond een crisis*, Tweede ongewijzigde druk, Eburon, Delft.
- Bakker, J.M., Tempelaars, A.H.M., (zonder jaartal), *Organisatie-ontwikkeling van fase II naar fase III*, 1^e druk, INK Zaltbommel
- Bekke, A.J.G.M. (1990), *Rede De betrouwbare bureaucratie: Over veranderingen van bureaucratische organisaties en ontwikkelingen in het maatschappelijk bestel*, Samsom H.D.Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn.
- Bekman, A. (1998), *Bewogen organisaties. Het klantproces als bron voor vernieuwing en vermaatschappelijking van organisaties*, Proefschrift, Kerkrade.
- Bennis, W., *Beyond bureaucracy, Essays on the development and evolution of human organization*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1993. Rev.ed. of: *Changing organizations*, 1966.
- Bennis, W. (1944), *De manager als koordanser, nadenken over leiderschap en verandering*, Uitgeverij Contact, Amsterdam enz.
- Bennis, W., en Mische, M. (1995), *The 21st century organization. Reinventing through reengineering*, Pfeiffer & company, San Diego, CA.
- Beukhof, G., Boomsma, S., Koetsier, E., enz Projectgroep MeTeO (1994), *Medewerkerstevredenheid*, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer.
- Bierens de Haan, in Albrow, M (1971), *Bureaucratie. Een Begripsanalyse*, Antwerpen, Keur der sociologie reeks 'Modernen'. In- en uitgeleid door prof.dr. A. van Braam.
- Blau, P.M. (1955), *The dynamics of bureaucracy. A study of interpersonal relations in two government agencies*, University of Chicago Press, Chicago.
- Blau, P.M. en Scott, W.R. (1969), *Formal organizations, a comparative approach*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Boer, de N. (1999), *Maatschappelijk ondernemen in de gezondheidszorg. Wat en hoe? De Balie, Amsterdam..*
- Bolwijn, P.T., Kumpe, T. (1998), *Marktgericht ondernemen, management van continuïteit en vernieuwing*, 4^e geheel herziene druk, Van Gorcum / Stichting Management Studies (SMS).
- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2005), *De Nederlandse gezondheidszorg*, 8^e herziene druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Bosman, J.B.Z., Jongenelen, A.W.M., Louw, Van der E., Turlings, E.M.M.J., Verkerk, K., (2005), *Managementsystemen op een rij, De relatie tussen het INK en andere managementmodellen*, 1^e druk, INK Zaltbommel
- Boonstra, J.J. (1992), *Integrale organisatieontwikkeling. Vormgeven aan fundamentele veranderingsprocessen in organisaties*, Lemma BV, Utrecht.
- Boonstra, J.J., Steensma, H.O., Demenint, M.I. (red), (2002), *Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties. Theorie en praktijk van complexe veranderingsprocessen*, Elsevier bedrijfsinformatie BV, 's-Gravenhage.
- Boskma, A.F., Herweyer, M., *Beleidseffectiviteit en case-studies. Een vergelijking van verschillende onderzoeksontwerpen*, *Beleidswetenschap* 1988/1, p.52-69.
- Bossink, B.A.G., Gieskes, J.F.B., Fisschr, O.A.M. (1994), *Kwaliteitsmanagement in beeld*, Deventer.
- Bottenburg, M. van, Vries, G. de, Mooij, A. (1999), *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad 1949 – 1999*, p/a Uitgeversmaatschappij Walburg Pers, Zutphen.

- Braam, A. van, in Albrow, M. (1971), *Bureaucratie. Een Begripsanalyse*, Antwerpen, Keur der sociologie reeks 'Modernen'.
- Broek, P. van de, Eikelenboom, R., Kuperus, K.J. (2002), *Zorgverzekeraars aan bod, Onderzoek naar de rol en positie van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel*, Deloitte & Touche, Rotterdam
- Brouwer, E., Van den Broek, P. (1997), *Het perspectief van zorgverzekeraars*, In Elsinga, E., Van Kemenade, Y.W. (red.), *Van revolutie naar evolutie Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht.
- Bruin de, A. en Bruin de, C. (2000), *Zoekend naar zekerheid in het Groene Hart. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid 1825-2000*, Hilversum.
- Bulterman, P. (1997), *De geest uit de fles, van ziekenfonds naar zorgverzekeraar*, in opdracht van het Sectorfonds voor de Zorgverzekeraars (SfZ), Zeist.
- Burns, T. en Stalker G.M., (1961), *The management of innovation*, Tavistock, Londen
- Bushoff, R., Eijkelhoff, M., Nijziel, R. (1996), *Transformatie van verzekeraars, Business Process Redesign toegepast in de praktijk*, Delwel Uitgeverij bv, 's-Gravenhage.
- Bijzondere Commissie Vraagstukken Adviesorganen (Commissie De Jong) (1993), *Raad op maat*, SDU, Den Haag
- Centrum voor Verzekeringsstatistiek (2002), *De consument aan het woord, Onderzoek naar de mening van de consument over de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekering*, in opdracht van het Verbond van Verzekeraars, Den Haag.
- Commissie Health Insurance Governance (Commissie Glasz) (2002), *Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraar z.pl.*
- Commissie Keuzen in de Zorg (Commissie Dunning) (1991), *Kiezen en delen*, SDU, Den Haag.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) (1987), *Bereidheid tot verandering*, SDU, Den Haag.
- Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer) (2002), *Minder regels, meer zorg*, SDU, Den Haag.
- Commissie Administratieve lasten in de zorg (2006), *Een kwestie van vertrouwen, over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten*, Den Haag
- Companje, K.P. (2001), *Convergerende belangen, belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900 – 2001*, Zorgverzekeraars Nederland i.s.m. Stichting Historie Ziekenfondswezen, Zeist.
- Companje, K.P., Kos, A. samenstellers (2002), *Jaarboek HiZ 2000/2001, Stelselwijzigingen en basisverzekering 1940-2002*, Stichting Historie Ziekenfondswezen, Amsterdam.
- Companje, K.P. (2002), *Volks- of basisverzekering, een niet te realiseren stelselwijziging?* In Jaarboek HiZ 2000-2001 Stelselwijzigingen en basisverzekering 1940-2002, Stichting Historie Ziekenfondswezen, Amsterdam.
- Crozier, M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Ed. du Seuil, Parijs.
- Dassen, P. (1999), *De onttovering van de wereld. Max Weber en het probleem van de moderniteit in Duitsland, 1890 – 1920*, Uitgeverij G.A. van Oorschot, Amsterdam.
- Dees, D.J.D. (1997), *Terugblik op de periode 1986-1989*, In Gerritsen, J.C., Van Linschoten, C.P. (red.) (1997), *Gezondheidszorgbeleid, evaluatie en toekomst perspectief*, Van Gorcum, Assen.
- Doom, J.A.A. (1980), Overvraging van beleid. Over de oorzaken en gevolgen van groeiende bestuurlijke onmacht, *In Beleid en Maatschappij VII*, P.39-49.
- Duijn, Van R.A., Houcke, Van J.N., Michielse-Oud, G.E.J.M., Tempelaars, A.H.M., Turlings, E.M.M.J., Fijn, H.J.R., (2004), *Gids voor het evalueren van organisaties*, 1^e druk, INK Zaltbommel
- Eijkelhoff, M., Nijziel, R. (1997), *Performance management bij verzekeraars*, Amersfoort.
- Eijnatten, F. M. van (1996), *Sociotechnisch ontwerpen*, Utrecht.
- Elsinga, E., Van Kemenade, Y.W. (red.) (1997), *Van revolutie naar evolutie, Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht.
- Elsinga, E., *Van Dekker tot Borst, Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector*, In Elsinga, E. en Van Kemenade, Y.W. (red.) (1997), *Van revolutie naar evolutie Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht.
- Etzioni, A., (1964), *Modern organizations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall
- Galbraith, J. (1976), *Het ontwerpen van complexe organisaties*, Samsom Uitgeverij Alphen aan den Rijn - Brussel. (oorspronkelijk: Designing complex organizations, Addison-Wesley Publishing Company, 1973).
- Gerritsen, J.C., Van Linschoten, C.P. (red.) (1997), *Gezondheidszorgbeleid, evaluatie en toekomst perspectief*, Van Gorcum, Assen.
- Gerwen, J. van, Leeuwen, M. van (ed.) (1998), *Studies over zekerheidsarrangementen*

- Gouldner, A.W. (1954), *Patterns of industrial bureaucracy*, Free press, Glencoe, Illinois
- Gress, S., Groenewegen, P., Kerssens, J., Braun, J., Wasem, J., (2002), *Free choice of sickness funds in regulated competition, evidence from Germany and The Netherlands*, Health Policy, 60 p.235-254
- Grinten van der, T.E.D., *Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld*, In Elsinga, E., Van Kemenade, Y.W. (red.) (1997), *Van revolutie naar evolutie, Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht.
- Groenewegen, P.P. (1992), *Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar imperfecte markt?* Inaugurele oratie, Universiteit van Utrecht, Nivel, Utrecht.
- Guba, E.G., en Lincoln, Y.S. (1981), *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco/Londen, Jossey-Bass, In Hutjes en Van Buuren, 1996, *De gevalstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*, Tweede ongewijzigde druk, Boom/Open universiteit, Meppel / Amsterdam / Heerlen.
- Hage, J., (1980), *Theories of organizations, form, process, en transformation*, John Wiley & Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto.
- Hardjono, T.W. (1995), *Ritmiek en organisatiedynamiek, Vierfasenmodel met aangrijpingspunten voor organisatorische interventies ter vergroting van de effectiviteit, efficiency, flexibiliteit en creativiteit*, proefschrift, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Eindhoven.
- Hardjono, T.W., *Kwaliteitsmanagement; laveren tussen rekkelijken en preciezen, op zoek naar mumsels*, Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Bijzonder Hoogleraar vanwege de Raad voor Accreditatie in de Faculteit der Bedrijfskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met de leeropdracht Kwaliteitsmanagement en Certificatie, 14 januari 1999.
- Hatch, M.J., (1997), *Organization Theory, Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives*, Oxford University Press, New York.
- Have, S.ten, (2002) *Voorbeeldig veranderen: een kwestie van organiseren. Het besturen van doelgerichte en doelbewuste veranderingen in complexe ondernemingen door richting, consistentie, samenhang en feedback*, proefschrift, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
- Heckscher, C.C., Donnellon, A.M. (1994), *The post-bureaucratic organization, new perspectives on organizational change*, Sage publications, Thousand Oaks, California.
- Hendriks, M., Delnoij, D., Van der Meulen-Arts, S., Brouwer, W., Spreeuwenberg, P., (2005), *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars*, Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl, NIVEL, Utrecht
- Hintzen-Cuppen, E.F.M., Michelse-Oud, G.E.J.M., (zonder jaartal), *Waardering door de maatschappij, publieke sector*, 1^e druk, INK Zaltbommel
- Hoeven, H.C. van der (1989), *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De werkelijkheid over het Ziekenfondsenbesluit 1941*, Koninklijke Vermande BV, Den Haag.
- Hutjes, J.M. en Van Buuren, J.A. (1996), *De gevalsstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*, Tweede ongewijzigde druk, Boom/Open universiteit, Meppel / Amsterdam / Heerlen.
- Jonker en Pennink, (2000), *De kern van methodologie*, Van Gorcum, Assen.
- Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, *Manifest Twintig Zorgpunten over het toekomstig zorgstelsel*, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.
- Kant, A., Palm, I., (2003), *Meer zorg met minder bureaucratie. 10 voorstellen tegen het georganiseerde wantrouwen in de zorg*, Wetenschappelijk bureau SP, Rotterdam.
- Kastelein, J., Attema, T., Blindeman Krabbenbos, K., Klanderman, J.E., Bellaar Spruyt, M.J. (1977), *Management in de rijksdienst. Een vergelijkende verkenning in 30 eenheden van de centraleoverheid*, Instituut voor Bestuurskunde, Universiteit van Amsterdam.
- Kerssens, J.J., Delnoij, D.M.J., Verweij, J.A., Schee, E. van der, (2002) *De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een ziekenfonds*, TSG, 80, p.35-42.
- Kieser, A. en Kubicek, H. (1992), *Organisation*, 3^e geheel herziene druk, Walter de Gruyter, Berlijn/New York.
- Kotter, J.P., *Leiderschap bij verandering*, Massachusetts, Harvard Business School Publications, 1996.
- Kreukels, A.M.J. en Simonis, J.B.D. red. (1988), *Publiek domein, de veranderende balans tussen staat en samenleving*, Beleid en Maatschappij, jaarboek 1987-1988, Uitgeverij Boom, Meppel-Amsterdam
- Kunst, P., Blom, P., (1997), *Metten en verbeteren van de dienstverlening, Een managementbenadering*, Kluwer Bedrijfsinformatie, Deventer.
- Lammers, C.J., Mijs, A.A., Noort, W.J. van (1997), *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*, Zevende geheel herziene druk, Het Spectrum, Utrecht.

- Lawrence, P.R. en Lorsch, J.W. (1974), *Het verbeteren van organisaties. Grondslagen van de organisatieontwikkeling*, Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn.
- Lawrence, P.R. en Lorsch, J.W. (1977), *Organisaties en hun omgeving. Het besturen van differentiatie en integratie*, Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn. Oorspronkelijke titel:
- Lawrence, P.R. en Lorsch, J.W. (1967), *Organization and environment. Managing differentiation and integration*, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston
- Leers, M., In Bulterman, P. (1997), *De geest uit de fles, van ziekenfonds naar zorgverzekeraar*, in opdracht van het Sectorfonds voor de Zorgverzekeraars (SfZ), Zeist.
- Leeuw de, A.C.J. (1990), *Een boekje over bedrijfskundige methodologie, management van onderzoek*, 3^e herziene druk, Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Liegeois, B.C.J. (1977), *Organisaties in ontwikkeling, zicht op de toekomst*, Lemniscaat Rotterdam.
- Lipset, S.M., Trow, M., Coleman, J. (1962), *Union Democracy. The international Politics of the International Typographical Union*, Anchor Books, New York.
- Maarse, J.A.M. en Mur-Veeman, I.M. (1990), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen/Maastricht.
- Mensink, J.C.M. (1994), *Zelfmanagement in lerende organisaties. Een kwestie van faciliteren en stimuleren*, Kluwer Bedrijfswetenschappen/ NVP, Deventer.
- Merton, R.K. (1957), *Social theory and social structure*, 2nd ed, Free Press, Glencoe, Illinois.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001), *Vraag aan bod, Hoofddlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002), *Ziektekostenverzekeringen in Nederland*, Stand van zaken per 1 januari 2002, Den Haag.
- Mintzberg, H. (1997), *Organisatiestructuren*, 9^e oplage, Academic Service Economie en Bedrijfskunde, Schoonhoven. (Oorspronkelijke titel: *Structure in fives: designing effective organizations*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, NJ, 1983).
- Morgan, G. (1997), *Images of organization*, 2nd. Ed., Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Moss Kanter, R. (1989), *Als reuzen leren dansen. Management, strategie en carrière in de jaren negentig ... een nieuwe uitdaging*, Scriptum management, Schiedam.
- Schee, E. van der, Delnoij, D., Hutten, J., Verweij, J., Kerssens, J. (2000), *De invloed van verzekeren op het bestuur van ziekenfondsen, Verschillende visies belicht*, Nivel, Utrecht.
- NIVEL, *Invloed van verzekeren op het bestuur van ziekenfondsen*, juli 2000.
- NIVEL, *Wat is belangrijk in de keuze van een zorgverzekering?*, oktober 2002.
- Okma, G.H. (1997), *Studies on Dutch health politics, policies and law*, Proefschrift, Universiteit Utrecht, Medische Faculteit, Utrecht.
- Otto, M.M., De Leeuw, A.C.J. (2000), *Kijken Denken Doen, Organisatieverandering: Manoeuvreren met weerbaarheid*, derde druk, Van Gorcum, Assen.
- Pennings, J.M. (1989), Structurele contingentietheorie, In *Nieuw Handboek A&O-psychologie*, afl.3:4.21t/m31.
- Perrow, Ch (1974), *Organisaties in kritisch perspectief*, Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn. Oorspronkelijke titel: *Complex organisations, a critical essay* (1986) (oorspr.1972).
- Peters, T (1993), *Het einde van de hiërarchie*, Nederlandse vertaling van *Liberation Management* (1992), Uitgeverij Contact, Amsterdam/Antwerpen.
- Pfeffer, J., Salancik, G.R. (1978), *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, Harper & Row, New York.
- Pinchot, G. en E. (1994), *De ondergang van de bureaucratie en de opkomst van de intelligente onderneming*, Amsterdam/Antwerpen.
- Pol, H. (2003), *Het rijk van koning klant, Van klantenwerving naar klantenbinding*, LEMMA BV, Utrecht.
- Poll, J.E. (1994), *Marketing en non-profit*, Kluwer, Deventer.
- Post, D en Hommes, H. (2001), *Gezondheid...! Zorgen en verzekeren in de 21^e eeuw*, ten Hagen & Stam Uitgevers, Den Haag, Cap Gemini Ernst & Young, Utrecht.
- PriceWaterhouseCoopers (2000), *Ondernemingsanalyses 2000 - Trends bij verzekerings maatschappijen*, Elsevier bedrijfsinformatie bv, Dordrecht.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998), *Verzekeraars op de zorgmarkt*, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998), *Prikkels tot doelmatigheid*, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998), *Stimulering doelmatig gedrag*, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006), *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Zoetermeer.

- Schnabel, P. (1988), De gezondheidszorg: van immuniteit tot publiek domein, in Kreukels, A.M.J. en Simonis, J.B.D. (red.), *Publiek domein, de veranderende balans tussen staat en samenleving*, Beleid en Maatschappij, jaarboek 1987-1988, p.172-200, Uitgeverij Boom, Meppel-Amsterdam.
- Schuld, T., Sigterman, A., Vet, M., Zingel, M. (1999), *Na privatisering bepalen aanbod en vraag de markt*, Onderzoek verricht i.o.v. het ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid door PricewaterhouseCoopers N.V.
- Schut, F.T. (1995), *Competition in the Dutch Health Care System*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, F.T. (2001), *Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief*, ESB, 86, p.172-175.
- Sitter, L.U. de (1981), *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*, Kluwer, Deventer.
- Sociaal Economische Raad (SER) (2000), *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag.
- Stinchcombe, A.L. (1965), *Social structure and organizations*, Hoofdstuk 4 in March, J.G. (ed.), *Handbook of Organizations*, Rand McNally, Chicago Ill.
- Stinchcombe, A.L., (1967), *Formal organizations*, hoofdstuk 3 In: *Sociology : an introduction*, Smelser. N.J. (red), New York, Wiley
- Strauss, E. (1965), *De bureaucratie*, Utrecht. Oorspronkelijke titel: *The ruling servants*, Londen, 1961.
- Stevens, F., Bering, R., Stevens, K. (1999), *Leren excelleren, 12 jaar General Electric tegen de achtergrond van het INK-model*, Kluwer/INK.
- Stevens, F., (2000), *Op weg naar de hemel op aarde? Noties voor excellente bedrijfsvoering*, INK, 's-Hertogenbosch
- Stevens, R.W.F., (2004), *Handreiking verbeteren en vernieuwen*, 1^e druk, INK Zaltbommel
- Strikwerda, H. (2000), *Het ontwerpen van een organisatie, De concernstructuur*, Pearson Education Uitgeverij BV, Zeist.
- Swanborn, P.G. (1996), *Cace-study's: Wat, wanneer en hoe?*, Boom, Amsterdam/Meppel.
- Swanborn, P.G. (2002), *Evalueren, Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatie-onderzoek*, Boom, Amsterdam.
- Swieringa, J., Wierdsma, A.F.M. (1990), *Op weg naar een lerende organisatie, Over het leren en opleiden van organisaties*, Wolters Noordhoff Management, Groningen.
- Teeuwen, R.T.S.M. samensteller (1997), *Sprekende jubilea*, Jaarboek HiZ 1996, Zeist
- Teeuwen, R.T.S.M. (1998), *Het ziekenfondsbestel in historisch perspectief, Een studie naar de onderscheidende kenmerken van Nederlandse ziekenfondsen*, HiZ, Zeist
- Teeuwen, R.T.S.M. samensteller (1999), *De ziekenfondsen op de keper beschouwd*, Jaarboek HiZ 1998, Zeist
- Thomassen, J-P.R., (1998), *Waardering door klanten. Klantenmanagement als fundament voor Totale Kwaliteit*, Kluwer Bedrijfsinformatie bv, Instituut Nederlandse Kwaliteit, Deventer, 's-Hertogenbosch.
- Thomassen, J-P.R., In 't Veld, E., Winthorst, H.H. (1994/1995), *Klanttevredenheid, de succesfactor voor elke organisatie*, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer.
- Timmer, J., Niemeijer, B. (1994), *Burger, overheid en Nationale ombudsman. Evaluatie van het instituut Nationale ombudsman*, Sdu Juridische en Fiscale Uitgeverij, 's-Gravenhage.
- Touraine, A., (1965), *Sociology de l'action*, Ed. du Seuil, Parijs
- Treacy, M., Wiersema, F. (1995), *De discipline van marktleiders, Kies uw klanten, verklein uw focus en domineer uw markt*, Scriptum Books, Schiedam.
- Tweede Kamer (1974), *Structuurnota Gezondheidszorg*, Sdu, Den Haag.
- Tweede Kamer (1988), *Verandering verzekerd*, Kabinetsnota aan het parlement, Kamerstukken 1987 - 1988, 19.945, nrs. 27-28, Sdu, Den Haag.
- Tweede Kamer (1990), *Werken aan zorgvernieuwing*, Kabinetsnota aan het parlement, Kamerstukken 1989-1990, 21.545, nrs. 1-2, Sdu, Den Haag.
- Tweede Kamer (1992), *Weloverwogen verder*, Kabinetsnota aan het parlement, Kamerstukken 1991-1992, 22.393, nr. 20, Sdu, Den Haag.
- Tweede Kamer (1995), *Zorg in het regeerakkoord*, Kabinetsnota aan het parlement, Kamerstukken 1994-1995, 24.124, nrs. 1-2, Sdu, Den Haag.
- Verschuren, P. en Doorewaard, H. (1995), *Het ontwerpen van een onderzoek*, Uitgeverij Lemma BV, Utrecht.
- Vorst, F.A. (1997), *Terugblik op de ambtsperiode van staatssecretaris Hendriks*, in Gerritsen, J.C. en Van Linschoten, C.P. (red.) (1997), *Gezondheidszorgbeleid, evaluatie en toekomst perspectief*, Van Gorcum, Assen.
- Vroom, C.W. (1979), *Bureaucratie, het veelzijdig instrument van de macht*, Een voorstel tot herordening van de organisatiesociologie, Proefschrift, Katholieke Hogeschool Tilburg.

- Waal, A.A. de, Mijland-Bessems, J.H.J.M., Bulthuis, H. (1998), *Metten moet*, Kluwer bedrijfsinformatie, Deventer.
- Wagner, C. (1999), *Implementation and effectiveness of quality systems in dutch health care organizations*, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Webster jr, F.E. (1997), *Marktgericht ondernemen, stel de klant voorop, altijd*, Bunnik.
- Wentink, T. (1999), *Kwaliteitsmanagement en organisatieontwikkeling*, Utrecht.
- Woodward, J. (1958), *Management and technology*, H.M.S.O., Londen.
- Yin, R.K. (1994), *Case study research, Design and Methods*, (Second edition), Sage Publications, Thousand Oaks, Londen, New Delhi, Applied Social Research Methods Series, Volume 5.
- Zuurmond, A. (1994), *De Infocratie, een theoretische en empirische herorientatie op Weber's ideaaltype in het informatietijdperk*, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, Den Haag.
- Zorgverzekeraars Nederland (1997), *Gedragscode van de zorgverzekeraar*, Zeist.
- Verbond van Verzekeraars (2002), *Gedragscode Verzekeraars*, Den Haag.
- Geen auteur, (2004), *Scoreboek 2004*, 1^e druk, INK Zaltbommel

Samenvatting

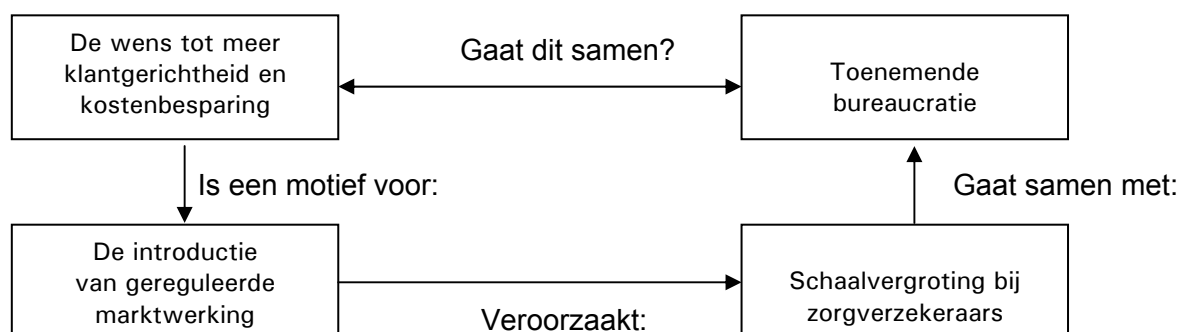
De klantgerichte bureaucratie
Zorgverzekeraar VGZ, een gevalsstudie

Aanleiding en onderzoeksvraag

In 1987 verschijnt het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987), ofwel de Commissie Dekker. Dit rapport stelt voor om het sturingsmechanisme in de zorg te wijzigen om 'een doelmatig stelsel tot stand te brengen dat voldoende flexibel is om het aanbod van zorg zonder belemmeringen te laten aansluiten op de behoefte aan zorg in de samenleving.' Het dominante planningsdenken van de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw wordt in het rapport van de commissie Dekker vervangen door het principe van gereguleerde marktwerking. De politiek neemt de plannen van de Commissie Dekker grotendeels over en bereidt een stelselherziening voor.

Dit voornemen heeft grote consequenties voor de ziekenfondsen. In 1987 functioneren de ziekenfondsen als pure uitvoeringsorganen van wet- en regelgeving. Zij staan onder toezicht van de Ziekenfondsraad die deze uitvoering tot in detail controleert. De ziekenfondsen werken vrijwel allemaal als een monopolist in een wettelijk vastgesteld regionaal werkgebied. Ziekenfondsverzekerden zijn verplicht aangesloten bij het ziekenfonds in hun woonplaats; zij hebben geen keuzevrijheid. De ziekenfondsen van 1987 zijn relatief kleine organisaties, zij kennen geen concurrentie en nauwelijks enige financiële verantwoordelijkheid. Een veel gebezigde benaming voor deze organisaties in die tijd is 'administratiekantoor'.

Ondanks het feit dat de voorgenomen stelselherziening in 1993/1994 wordt afgeblazen, zijn in de periode 1987 tot 2006 het speelveld, de spelregels én het krachtenveld voor ziekenfondsen ingrijpend veranderd. In de gekozen onderzoeksperiode transformeren de meeste regionaal werkende ziekenfondsen tot landelijk werkende zorgverzekeraars. Verschillende organisaties fuseren tot steeds grotere eenheden. De vraagstelling van dit onderzoek betreft het aanpassingsvermogen van de ziekenfondsen aan de veranderende omgevingseisen en de effectiviteit van deze organisatieontwikkeling in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid. De volgende gedachtegang heeft daarbij een sturende rol gespeeld (zie ook figuur 1).



Figuur 1: Gedachtegang over de relatie tussen bureaucratie en klantgerichtheid

De politieke wens om te komen tot kostenbesparingen en meer keuze voor de klant, leidt tot de introductie van gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg en specifiek in de zorgverzekeraarsmarkt. De financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen neemt geleidelijk toe en in 1992 worden de wettelijk vastgestelde werkgebieden van de ziekenfondsen losgelaten om de ziekenfondsverzekerden keuzevrijheid te bieden. Deze maatregelen leiden tot een proces van schaalvergroting: de ziekenfondsen fuseren

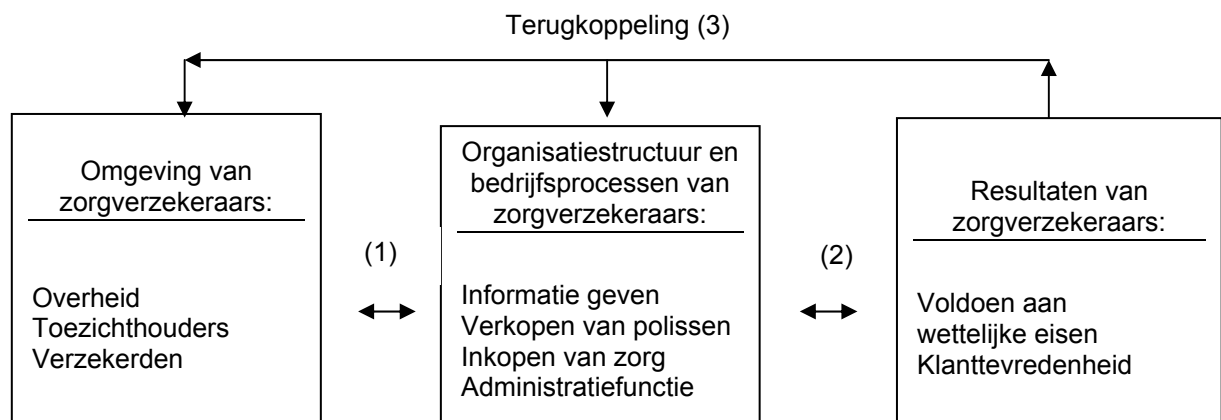
onderling en met particuliere ziektekostenverzekeraars en kiezen veelal voor een landelijk werkgebied. Zo ontstaan de zorgverzekeraars die met ingang van 1 januari 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet gaan uitvoeren.

Schaalvergroting gaat veelal samen met toenemende bureaucratie in de wetenschappelijke betekenis van het woord: een grotere organisatie heeft een uitgebreidere organisatiestructuur (meer hiërarchie en specialisatie) en ontwikkelt meer geformaliseerde en gestandaardiseerde werkwijzen. Tegelijkertijd moeten de zorgverzekeraars meer klantgericht gaan werken om de toenemende concurrentie het hoofd te bieden. Bureaucratie en klantgerichtheid, gaat dat samen? Vanuit de literatuur is bovendien bekend dat bureaucratische organisaties slecht gedijen in een dynamische omgeving. Het innovatieve vermogen van dergelijke organisaties is te gering volgens veel auteurs. Hoe is het genoemde transformatieproces dan verlopen?

De ontwikkelingen bij Zorgverzekeraar VGZ staan in het middelpunt van dit onderzoek. De initiële aanleiding werd gevormd door een omvangrijke reorganisatie binnen VGZ, CONDOR genaamd. Dit reorganisatieprogramma, uitgevoerd in 1994-1995, had als doel om de VGZ-organisatie volledig opnieuw in te richten om beter te kunnen voldoen aan de snel veranderende eisen van de omgeving. Kwaliteitsverbetering, klantgerichtheid en kostenbeheersing, 'de drie K's', vormden het motto van deze reorganisatie. Het topmanagement van Zorgverzekeraar VGZ ging akkoord met het voorstel om de 'lessons learned' op een wetenschappelijk verantwoorde wijze vast te leggen. De onderzoeksopzet die uiteindelijk is ontwikkeld, beschouwt de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ dus vanuit twee invalshoeken: het aanpassingsvermogen van ziekenfondsen aan een sterk veranderende omgeving en het verenigen van bureaucratie en klantgerichtheid in een organisatie. De vraagstelling van dit onderzoek is uiteindelijk als volgt afgebakend:

- het onderzoek richt zich op de periode 1987 tot 2006 en concentreert zich vooral op het ziekenfonds binnen de zorgverzekeraar. Het beginjaar (1987) wordt gemarkeerd door het verschijnen van het genoemde rapport van de Commissie Dekker. 2005 is als eindjaar gekozen omdat de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 het definitieve einde van het ziekenfonds betekent;
- de omgeving van de zorgverzekeraar is afgebakend tot vier actoren: de overheid, toezichthoudende instanties, verzekerden (en zorgaanbieders);
- de functies van een zorgverzekeraar die worden belicht zijn de verkoopfunctie, de zorginkoop- functie, de administratieve functie en de functie 'informatie geven'. Met deze functies wordt het primaire proces van een zorgverzekeraar geraakt en onderscheidt een zorgverzekeraar zich van andere grote organisaties.

De in dit onderzoek relevante relaties zijn de relatie tussen de omgeving en de organisatie van een zorgverzekeraar (1), de relatie tussen de organisatiestructuur en bedrijfsprocessen van een zorgverzekeraar en de daarmee behaalde resultaten (2) en de confrontatie van deze resultaten met de geformuleerde omgevingseisen (3), zie figuur 2.



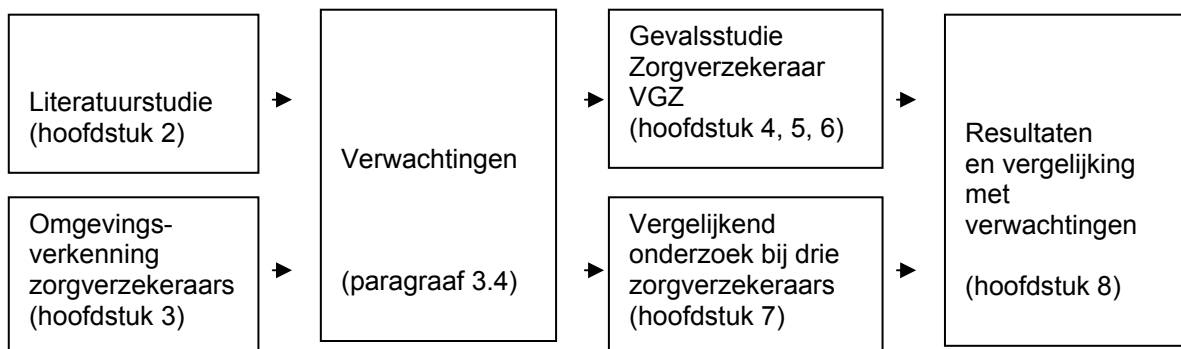
Figuur 2: De te onderzoeken relaties, afgebakend voor dit onderzoek

De onderzoeksvraag die in deze studie wordt beantwoord, is als volgt geformuleerd:

‘Hoe gaat Zorgverzekeraar VGZ in de periode van 1987 tot 2006 om met de veranderende omgevingseisen van de overheid, toezichthoudende instanties en klanten, ten aanzien van de kernfuncties: informatie geven, het verkopen van polissen, het inkopen van zorg en de administratieve functie? Is zij hierin effectief geweest in termen van klantgerichtheid en klanttevredenheid?’

Onderzoeksopzet

Deze onderzoeksvraag is uitgewerkt in 17 deelvragen die via de volgende onderzoeksopzet zijn beantwoord (zie figuur 3).



Figuur 3: Opzet van het onderzoek

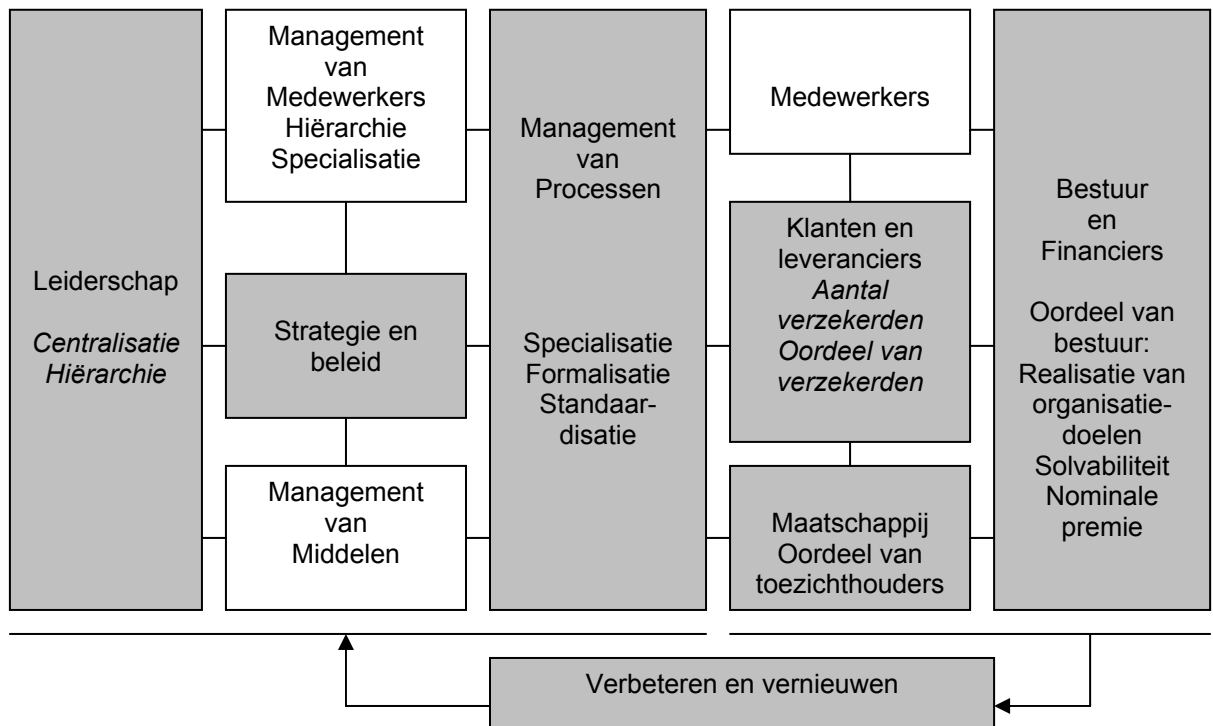
Via een literatuurstudie is inzicht verkregen in de wijze waarop de relatie tussen een organisatie en haar omgeving beschouwd kan worden. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van deze literatuurstudie. Daar worden ook de begrippen ‘bureaucratie’ en ‘klantgerichtheid’ gedefinieerd voor dit onderzoek. De kritiek op bureaucratische organisaties is beschreven door enerzijds auteurs te belichten die alternatieven voor de bureaucratische organisatie hebben ontwikkeld en anderzijds de populaire betekenis van bureaucratie te onderzoeken. Het bureaucratiebegrip wordt voor dit onderzoek gedefinieerd als een neutraal begrip: een bureaucratische organisatie is een organisatievorm die op de dimensies, ontleend aan het ideaaltype van Weber (centralisatie, hiërarchie, formalisatie, standaardisatie en specialisatie) hoog scoort. De populaire betekenis van ‘bureaucratie’ gaat over de prestaties van een organisatie: een bureaucratische organisatie wordt in de ogen van de klant geassocieerd met begrippen als ‘traag, formalistisch, inefficiënt, star, gebrek aan initiatief et cetera. Vervolgens zijn aan de hand van de literatuur de mogelijkheden verkend hoe een organisatie kan debureaucratiseren en de klantgerichtheid kan verbeteren.

Daarna is een omgevingsverkenning van zorgverzekeraars uitgevoerd (verslagen in hoofdstuk 3). Deze verkenning geeft inzicht in de relevante actoren, de veranderde spelregels en het veranderde krachtenveld waarin zorgverzekeraars opereren. De onderscheiden omgevingssectoren van een zorgverzekeraar zijn getypeerd op de dimensies die Mintzberg (1997) hiervoor aangeeft: een stabiele versus een dynamische omgeving; een simpele versus een complexe omgeving; een geïntegreerde versus een gediversifieerde markt; een gunstig gezinde versus een vijandige omgeving. Tot slot zijn de eisen beschreven van toezichthouders, (zorgvragende) verzekerden en collectiviteiten aan het functioneren van zorgverzekeraars.

Om de voor dit onderzoek relevante relaties en begrippen in samenhang te kunnen bezien en beoordelen, wordt gebruik gemaakt van het INK-managementmodel en meer specifiek van de ondernemers-as van dit model (zie figuur 4). In de organisatiegebieden van dit model zijn de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie geplaatst. In de

resultaatgebieden van dit model zijn maatstaven gezet om te kunnen beoordelen of een zorgverzekeraar een adequate reactie heeft op de veranderende omgevingseisen in de onderzoeksperiode. Deze maatstaven zijn bepalend voor het succes van de verkoopfunctie, de zorginkoopfunctie, de administratieve functie en de functie informatie geven.

De kern van dit onderzoek is de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ, die beschreven wordt in de hoofdstukken 4, 5 en 6. Om de daar getrokken conclusies van een bredere basis te voorzien, is een beperkt vergelijkend onderzoek uitgevoerd bij drie andere zorgverzekeraars: CZ Actief in gezondheid, Agis en Menzis.



Figuur 4: De klantgerichte bureaucratie, gevisualiseerd in het INK-managementmodel

Bevindingen

De omgeving van zorgverzekeraars

De geïnterviewden van Zorgverzekeraar VGZ, CZ Actief in gezondheid en Agis stellen dat de omgeving in 2005 in alle onderscheiden omgevingssectoren meer dynamisch, complex, gediversifieerd en vijandig is dan in 1987. Met behulp van de contingentietheorie blijkt het gedrag van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode goed verklaard te kunnen worden. De belangrijkste externe situationele factoren voor zorgverzekeraars zijn in de onderzoeksperiode 1987 tot 2006 volgens de geïnterviewden:

- de toegenomen financiële verantwoordelijkheid voor zowel de beheerskosten als de zorgkosten, gecombineerd met sterk stijgende zorgkosten;
- het opheffen van de vaste regionale werkgebieden voor de ziekenfondsen in 1992;
- de toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling;
- de geleidelijke collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt;
- de kleine convergentie tussen ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering;
- de grote convergentie tussen zorg en sociale zekerheid;
- de veranderde relatie met verzekerden door de toegenomen concurrentie tussen zorgverzekeraars, de toegenomen collectivisering van de verzekerdenmarkt, nieuwe

en hogere eisen van individuele verzekerden en collectiviteiten aan het functioneren van een zorgverzekeraar en de toegenomen bewustwording van verzekerden door voorlichting;

- de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg;
- de verzakelijking van de relatie met zorgaanbieders, veroorzaakt door nieuwe eisen ten aanzien van de rol van zorgverzekeraars bij de zorginkoop, zorgkostenbeheersing en zorgvernieuwing, het geleidelijk opheffen van de contracteerplicht en het vrijgeven van de tarieven voor enkele zorgsoorten en de introductie van concurrentie in het tweede en derde compartiment;
- de modernisering van de AWBZ en het ontstaan van de zorgkantoren in 1998 voor de uitvoering van de AWBZ;
- het ontstaan van wachtlijsten in de zorg;
- de snelle technologische ontwikkelingen;
- de modernisering van het toezicht en de toenemende (eisen aan) transparantie;
- en tot slot de invloed van 'Europa' op Nederlandse wet- en regelgeving en op het functioneren van zorgverzekeraars.

Effectieve organisatiestructuren

Mintzberg (1997) stelt dat een effectieve organisatie de ontwerpparameters nauw afstemt op de (externe) situationele factoren én op de elkaar (de uitgebreide configuratiehypothese). De reacties van zorgverzekeraars op de veranderende omgeving kunnen worden samengevat als: schaalvergroting (enkele uitzonderingen daargelaten) gevolgd door integratie en concentratie, professionalisering van de bedrijfsvoering van alle vier in dit onderzoek betrokken kernfuncties, de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten en het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere zorgverzekeraars, met schadeverzekeraars, met pensioenfondsen, met zorgaanbieders, et cetera. Afgaand op de gerealiseerde resultaten op de gekozen maatstaven (figuur 4), kan gesteld worden dat deze reactie veelal adequaat is geweest:

Is de reactie van zorgverzekeraars in de onderzoeksperiode 'adequaat' geweest?	In de ogen van de toezichthouder	In de ogen van de (zorgvragende) verzekerden	In de ogen van de organisatie zelf
De verkoopfunctie	Geen oordeel	Goed	Wisselend
De zorginkoopfunctie	Goed/voldoende	Geen oordeel	Wisselend
De administratiefunctie	Goed	Goed	Goed
De functie 'informatie geven'	Geen oordeel	Goed	Goed

Naast de externe situationele factoren zijn de interne situationele factoren van belang voor de ontwikkeling van een organisatie. De volgende conclusies zijn gebaseerd op de gevalsstudie Zorgverzekeraar VGZ.

Interne situationele factoren	Effect op de vijf dimensies van een bureaucratische organisatie
Institutionele taakstelling: Uitvoeren van wet- en regelgeving uitgebreid met nieuwe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en verantwoordingsvereisten	De verkoop- en zorginkoopfunctie zijn aanvankelijk georganiseerd als een professionele bureaucratie en krijgen meer kenmerken van een machinebureaucratie. De administratie- en informatiefunctie zijn aanvankelijk georganiseerd als een machinebureaucratie.

	Deze functies krijgen een meer menselijk gezicht door de vergaande automatisering en de vorming van kleine teams.
Leeftijd van de organisatie: Ouder wordend	Meer formalisatie en standaardisatie
Omvang van de organisatie: Groter wordend	Meer specialisatie Meer formalisatie en standaardisatie
Technisch systeem: Sterk uitgebreid en geavanceerd	Meer formalisatie en standaardisatie
Machtsrelaties binnen een zorgverzekeraar	Wisselende dominantie van de vier kernfuncties

Er ontstaan door een meer dynamische en complexe omgeving bij zorgverzekeraars geen 'organische' structuren. De institutionele taakstelling van zorgverzekeraars kan niet anders dan via een machinebureaucratie worden gerealiseerd. Zorgverzekeraar VGZ is in de wetenschappelijke betekenis van het woord meer bureaucratisch geworden. De negatieve lading van de bureaucratische organisatiestructuur is in de eenentwintigste eeuw echter vergaand geneutraliseerd. Er is een moderne machinebureaucratie ontstaan. Deze organisatie is met een nieuwe invulling van de vijf dimensies heel goed in staat om de veranderde en dynamische omgeving adequaat te bedienen. Bij de functies die er toe doen, is de klant ondanks de schaalvergroting niet buiten beeld geraakt. In die zin kan met recht gesproken worden van een 'klantgerichte bureaucratie'.

Summary

The customer-oriented bureaucracy
Health Insurer VGZ, a case study

Motivation and research question

In 1987, the Committee on the Structure and Financing of Health Care, also known as the Dekker Committee, published a report entitled *Bereidheid tot verandering* (1987) ('The willingness to change'). This report recommended changing the control mechanism in health care in order to 'create an efficient system that is sufficiently flexible to match the supply of care and demand for care in society'. Planning-oriented thinking, which dominated the 1970s and 1980s, is in this report replaced by the principle of regulated market operation. The Dekker Committee's plans were to a large extent accepted by the Dutch government, which then began to prepare a revision of the care system.

This plan had considerable consequences for the health insurance funds. In 1987, the health insurance funds mainly functioned as implementing bodies. They were supervised by the National Health Insurance Council, which closely monitored the implementation of legislation. Practically all the health insurance funds operated as monopolists in a legally determined regional operating area. People were obliged to register with a health insurance fund in their place of residence; they had no freedom of choice. In 1987, the health insurance funds were relatively small organizations. There was no competition and they had hardly any financial responsibility. At the time, such an organization was often called 'administration office'.

Despite the fact that the proposed system revision was cancelled in 1993/1994, the playing field, the rules *and* the field of influence changed dramatically for the health insurance funds between 1987 and 2006. In the chosen research period, most of the regionally operating health insurance funds were transformed into nationally operating health insurers. Various organizations merged into increasingly larger units. The research question posed in the present study concerns the adaptability of the health insurance funds with regard to the changing environmental requirements and the efficacy of this organizational development in terms of customer orientation and customer satisfaction. The following line of thought provided a sense of direction in this respect (see also Figure 1).

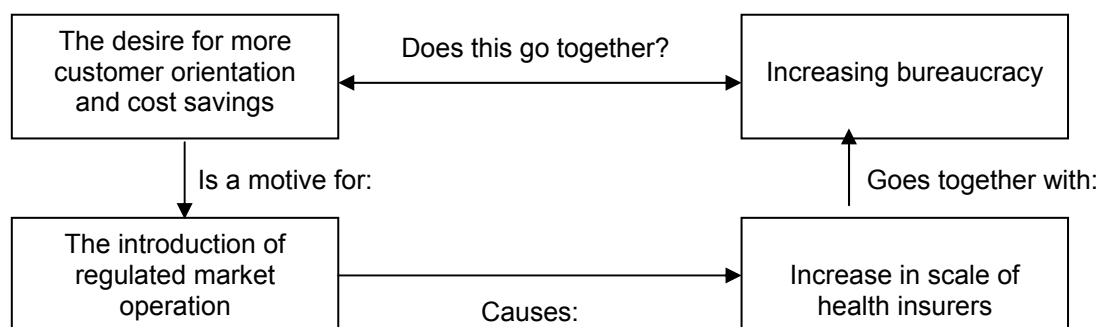


Figure 1: The relation between bureaucracy and customer orientation

The political desire to achieve cost savings and provide more options for the customers led to the introduction of regulated market operation in the Dutch health care sector and, more specifically, in the health insurance market. The health insurance funds' financial responsibilities gradually increased, and in 1992, the legally determined operating areas were abandoned in order to provide the people insured with the health insurance funds greater freedom of choice. These measures resulted in an increase in scale: the health insurance funds merged with each other and with private medical insurance companies,

and most of them opt for a national operating area. This is how the health insurers that will implement the new care insurance act as of 1 January 2006 came into being.

Increase in scale is usually accompanied by an increase in bureaucracy in the scientific sense of the word: a larger organization has a more extensive organizational structure (more hierarchy and specialization) and develops more formalized and standardized working methods. At the same time, the health insurers need to operate in a more customer-oriented manner in order to keep ahead of the competition. But can bureaucracy and customer orientation go hand in hand?

The literature in the field has also shown that bureaucratic organizations do not really thrive in a dynamic environment. Many authors say the innovative ability of such organizations is too small. So how did the above-mentioned transformation process take place?

This study focuses on the developments at health insurer VGZ. The reason for doing so is that VGZ carried out an extensive reorganization programme called CONDOR in 1994-1995, with a view to restructuring the entire VGZ organization in order to better meet the rapidly changing environmental requirements. Quality improvement, customer orientation and cost control governed this reorganization. The company's top management agreed to record the lessons learned in a scientifically sound manner. The research design that was eventually developed considers the VGZ case study therefore from two angles: the health insurance funds' ability to adapt to a changing environment and the harmonization of bureaucracy and customer orientation in one organization. Eventually, the research question was delineated as follows:

- the research was aimed at the period from 1987 to 2006 and particularly focused on the compulsory insured within the health insurance fund. The initial year (1987) was marked by the publication of the above-mentioned report by the Dekker Committee. The year 2005 was chosen as the final year, because the implementation of the new health care insurance act on 1 January 2006 would mean the definitive end of all health insurance funds;
- the health insurer's environment is brought down to four types of actors: the government, the supervisory bodies, the insured (and the care providers);
- the health insurance functions discussed here are the sales function, the care purchase function, the administrative function, and the information provision function. It is these functions that make up the primary process of a health insurer and differentiate a health insurer from other large organizations.

The relevant relations in this study are the relation between the environment and the health insurer's organization (1), the relation between the health insurer's organizational structure and operational processes, on the one hand, and the results thereby achieved, on the other (2), and the confrontation of these results with the formulated environmental requirements (3) (see Figure 2).

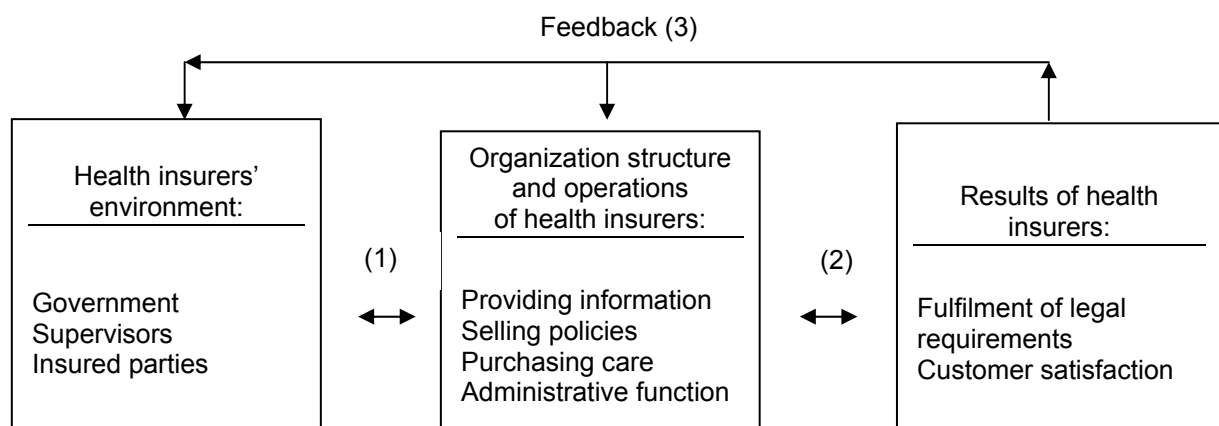


Figure 2: The relations studied

The research question answered in this study is formulated as follows:

'How did health insurer VGZ deal with the changing environmental requirements of the government, the supervisory bodies and the customers in the period from 1987 to 2006 with regard to the core functions: providing information, selling policies, purchasing care and the administrative function? Was the company effective in this respect in terms of customer orientation and customer satisfaction?'

Research design

This research question was worked out into 17 sub-questions, which were answered according to the following research design (see Figure 3).

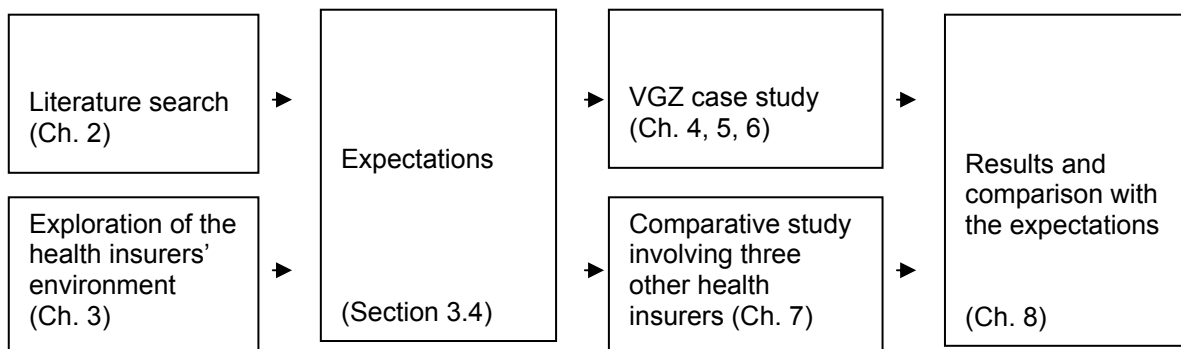


Figure 3: Research design

By means of a literature research, insights were gathered with regard to the way in which the relationship between an organization and its environment can be considered. A description of this literature research can be found in Chapter 2. The definitions of the concepts of 'bureaucracy' and 'customer orientation' can also be found there. The criticism of bureaucratic organizations has been described by discussing authors who developed alternatives for the bureaucratic organization and by investigating the popular meaning of bureaucracy. For the purpose of this study, the concept of bureaucracy has been defined as a neutral concept: a bureaucratic organization is a form of organization that scores high on the dimensions derived from Weber's ideal type (centralization, hierarchy, formalization, standardization and specialization). The popular meaning of 'bureaucracy' has to do with the organization's performance: customers associate a bureaucratic organization with such notions as 'being slow, formalistic, inefficient, rigid, lack of initiative, etc.' Subsequently, using the literature, the possibilities for an organization to de-bureaucratize and improve its customer orientation were investigated.

Next, the health insurers' environment was explored (as described in Chapter 3). This exploration provided insight into the relevant actors, the changing rules, and the changing field of influence in which the health insurers operate. The differentiated environmental sectors were typified on the dimensions indicated by Mintzberg (1997): a stable versus dynamic environment, a simple versus complex environment, an integrated versus diversified market, and a favourably inclined versus hostile environment. Finally, the thesis describes the requirements set by the supervisors, the insured and the collectivities with regard to the health insurers' functioning.

To be able to study and assess the connections between the relevant relations and concepts, the INK management model was used, and more specifically, the model's entrepreneurial axis (see Figure 4). The five dimensions of bureaucratic organization were placed in the organizational areas of this model. To be able to assess whether a health insurer adequately responded to the changing environmental requirements in the research period, criteria were set in the result areas of the model. These criteria determine the

success of the sales function, the care purchase function, the administrative function in the information provision function.

The core of this research consists of the VGZ case study described in chapters 4, 5 and 6. In order to provide a broader basis for the conclusions drawn in these chapters, a limited comparative research was carried out involving three other health insurers: CZ Actief in gezondheid, Agis and Menzis.

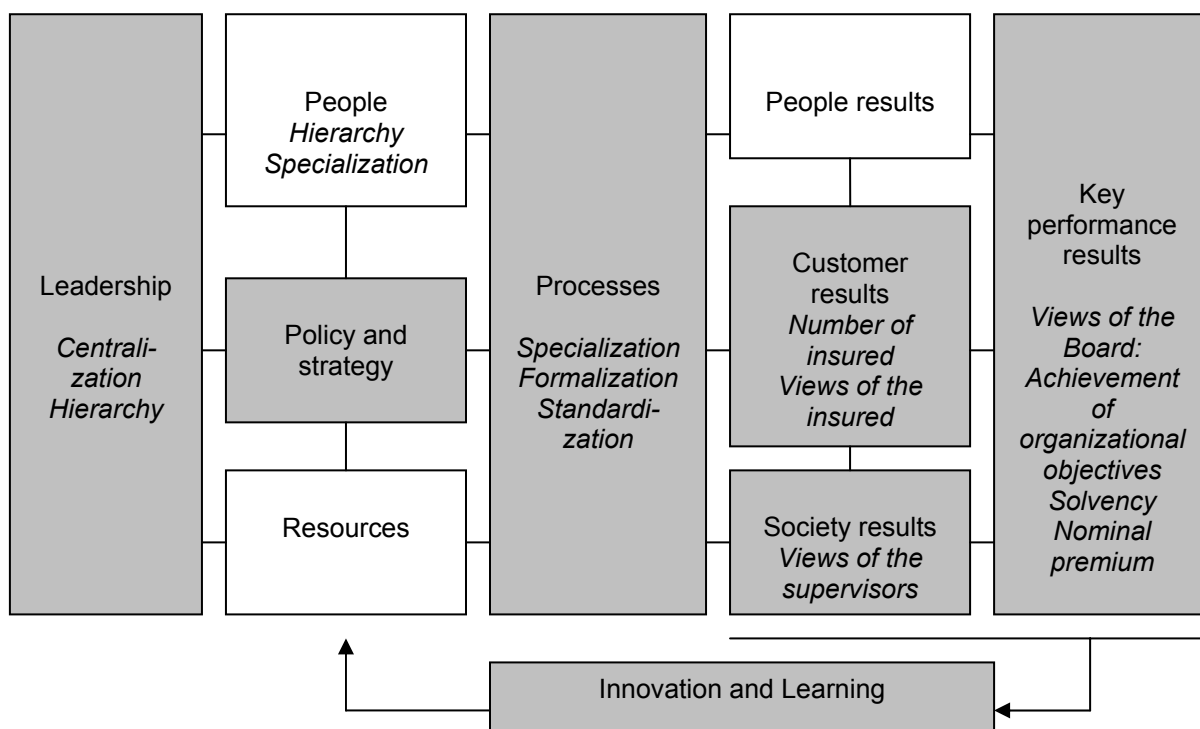


Figure 4: The customer-oriented bureaucracy represented using the INK management model

Findings

The health insurers' environment

The people interviewed at VGZ, CZ Actief in gezondheid, and Agis stated that the environment in 2005 was more dynamic, complex, diversified and hostile in all its differentiated sectors than in 1987. The health insurers' behaviour in the research period can be explained quite well with the aid of the contingency theory. According to the interviewed people, the most important external situational factors for the health insurers in the research period from 1987 to 2006 were:

- the increased financial responsibility for both the management costs and the care costs, in combination with steeply increasing care costs;
- the abandonment of the health insurers' regional operating areas in 1992;
- the increased competition between health insurers;
- the gradual collectivization of the health insurance market;
- the 'narrow' convergence between compulsory health insurance and private medical insurance;
- the 'broad' convergence between care and social security;
- the changing relation with the insured due to the increased competition between health insurers, the increased collectivization of the insurance market, new and stricter requirements set by insured individuals and collectivities with regard to the health insurer's functioning and the increased knowledge of the insured parties as a result of information campaigns;

- the change from supply management to demand management in health care;
- the increased business-like approach of care providers, due to the new requirements set with regard to the role of the health insurers in the purchase of care and the management of care costs and care innovation, the gradual termination of the contracting obligation, the liberalization of the rates for some types of care, and the introduction of competition in the second and third compartments of the Dutch health insurance system;
- the modernization of the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) and the creation of care administration offices in 1998 for the implementation of the AWBZ;
- the emergence of waiting lists in health care;
- rapid technological developments;
- the modernization of the supervision and the increasing demands for transparency;
- and finally, the influence of 'Europe' on Dutch legislation and the health insurers' functioning.

Effective organizational structures

Mintzberg (1997) states that, in an effective organization, the design parameters are closely related to the internal and/or external situational factors *and* to each other (the extended configuration hypothesis). The responses of the health insurers to the changing environment can be summarized as follows: increase in scale (bar a few exceptions) followed by integration and concentration, professionalization of the operation of all four core functions mentioned in this study, the development of new products and services, and engaging in joint ventures with other health insurers, with pension funds and with care providers. On the basis of the results achieved on the chosen criteria (Figure 4), this response may be said to have been adequate in most cases:

Was the health insurers' response in the research period 'adequate'?	According to the supervisor	According to the insured	According to the organization itself
Sales function	No opinion	Good	Varying
Care purchase function	Good/sufficient	No opinion	Varying
Administrative function	Good	Good	Good
Information provision function	No opinion	Good	Good

Both the external and internal situational factors are important for the development of an organization. The following conclusions are based on the VGZ case study.

Internal situational factors	Effect on the five dimensions of a bureaucratic organization
Institutional setting of tasks: Implementation of legislation, extended with new tasks, responsibilities, powers and accountability requirements	The sales and care purchase functions were initially organized as a professional bureaucracy and acquire more and more the characteristics of a machine bureaucracy. The administrative and information functions were initially organized as a machine bureaucracy. These functions became more humanized by drastic computerization and the formation of small teams.

Age of the organization: Ageing	More formalization and standardization
Size of the organization: Expanding	More specialization More formalization and standardization
Technical system: More extensive and state-of-the-art	More formalization and standardization
Power relations within a health insurance company	Varying dominance of the four core functions

A more dynamic and complex environment does not lead to 'organic' structures in health insurance companies. For health insurers, the institutional setting of tasks cannot be realized in any other way than by machine bureaucracy. Health insurer VGZ has become more bureaucratic in the scientific sense of the word. However, in the twenty-first century, the negative image of the bureaucratic organization structure has been neutralized to a large extent, and a modern machine bureaucracy has emerged. This organization, in combination with a new substantiation of the five dimensions, is quite able to serve the changing and dynamic environment adequately. Despite the increase in scale, the focus has not shifted away from the customer as far as the most important functions are concerned. In this sense, one can indeed speak of a 'customer-oriented bureaucracy'.

Curriculum Vitae

Annemarieke Blinkhof is geboren op 8 augustus 1961 in Boxtel. Na het V.W.O. en de HEAO Bedrijfseconomie in Den Haag werkte zij achtereenvolgens bij het Academisch Ziekenhuis Leiden als informatieanalist, de Provinciale Kruisvereniging Zuid Holland als bedrijfseconomisch medewerker, Klaasse Versluijs Adviseurs in Gouda als organisatieadviseur en het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag als kwaliteitscoördinator.

Vanaf 1998 werkt zij als beleidsmedewerker kwaliteit/medewerker planning en control bij Zorgverzekeraar VGZ, vanaf 2004 de VGZ-IZA Groep en vanaf 2006 VGZ-IZA-Trias.